SYMPTOMATOLOGIE, THERAPIE UND PROGNOSE DER MALIGNEN EPIPHARYNXTUMOREN

Mir. Djalal Schobeyri

1967

AUS DER KLINIK UND POLIKLINIK FÜR HALS-NASEN-OHRENKRANKHEITEN
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Direktor: Prof. Dr. A. Herrmann

SYMPTOMATOLOGIE, THERAPIE UND PROGNOSE DER MALIGNEN EPIPHYRYNXTUMOREN

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Mir. Djalal Schobeyri

aus Teheran /Iran

München 1967

A. Schubert, München 5, Corneliusstr. 21 · Telefon 22 17 77

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Referent:	Prof. Dr. K. UNGERECHT
Korreferent:	Prof. Dr. A. HERRMANN
Dekan:	Prof. Dr. M. KIESE

Tag der mündlichen Prüfung: 20.6.1967

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

MEINEM LIEBEN VATER UND MEINER LIEBEN FRAU

IN DANKBARKEIT GEWIDMET

EINLEITUNG

Unter Pharynx verstehen die Anatomen den Raum zwischen Schädelbasis und Beginn der Speiseröhre, in dem sich der Luft- und Speiseweg kreuzen. Man unterscheidet 3 Teile:

1. Epipharynx
2. Mesopharynx
3. Hypopharynx

Die Trennung erfolgt willkürlich, indem man als Grenze zwischen Epi- und Mesopharynx den unteren Rand des Gaumensegels und als Grenze zwischen Meso- und Hypopharynx den oberen Rand der Epiglottis annimmt.

Beim Epipharynx ist die obere Wand das Rachendach mit der unpaaren Rachenmandel. Die seitlichen Wände sind zur Nase hin durch den Sulcus nasopharyngeus (Sulcus nasalis posterior) begrenzt. An der Bildung dieses Rachenabschnitts sind weiterhin die Choanen, das Keilbein und die auf der Halswirbelsäule befindliche Muskulatur beteiligt. Seitlich liegen die pharyngealen Tubenostien. Der Abschluß ist nach unten durch das Gaumensegel möglich.

Die Lymphbahnen des Epipharynx haben Beziehungen zu denen der Schädelbasis, vor allem zu denen in der Umgebung des Foramen ovale bzw. jugulare bis zum Canalis n. hypoglossi. Die Schleimhaut des Epipharynx besitzt ein Zylinderepithel und enthält zahlreiche Drüsen.

Nach TALLIENS verwandelt sich infolge häufiger chronischer Entzündungen das normale Zylinderepithel oft in Plattenepithel.

Der Nasen-Rachenraum besitzt einen Rauminhalt von etwa 14 ccm, jedoch sind die individuellen Schwankungen der Größe erheblich, was für eine Verlegung durch Geschwülste von Bedeutung ist.

HÄUFIGKEIT, ALTER, RASSE UND GESCHLECHTSVERTEILUNG DER MALIGNEN TUMOREN DES EPIPHARYNX

Die malignen Epipharynxtumoren wurden früher zu den seltenen Erkrankungen gerechnet. Nach der heutigen Statistik machen sie 3 % aller bösartigen Tumoren im Kopf- und Halsbereich aus.

MARTIN (1951) berichtete in einer Arbeit über den Einfluß der Rasse auf den Nasen-Rachenkrebs. Von 1935-1950 beobachtete man im Memorial-Hospital in New York 45 Chinesen mit malignen Tumoren im Bereich von Nase, Mundhöhle und Kehlkopf.
37 dieser Patienten litten an einem primären Epipharynxcarcinom = ca. 82 % der Fälle. Diese Tumoren wurden bei den verschiedenen asiatischen Rassen (Chinesen, Malaien, Philippinos) häufiger als solche anderer Regionen gefunden.
H. DIGBY (1951) stellte während seiner 37-jährigen Tätigkeit in Hongkong fest, daß dort der Prozentsatz von Nasen-Rachen-Carcinomen im Vergleich zu anderen Malignomen sehr hoch sei. Sie standen der Häufigkeit nach mit 18 % an zweiter Stelle aller Carcinome.
Nach DJOJOPRANTO (1959) machen bei Indonesiern die malignen Epipharynxtumoren 13,9 % aller Carcinome aus.
Während DIGBY bei Chinesen 18 % Epipharynxtumoren unter allen Geschwülsten feststellte, wurde ihre Häufigkeit von MEKIES (1954) in Hongkong mit 27,2 % und in Singapur mit 16,4 % angegeben.

MEKIES und LAWLEY (1954) berichteten von 120 Patienten des General-Hospitals Singapur, die an Epipharynxtumoren litten. In der Statistik standen sie an 2. Stelle. Während der Prozentsatz in Amerika und Europa unter 1 % betrug, erreichte er in Regionen wie Singapur 16,4 %, in Hongkong 18 %.
Auf die Nasen-Rachen-Malignome entfielen nach D. HOED (1930) 6,13 %, nach OEKEN (Leipzig) 3,4 % (1954), nach ORMEROD (London) 4,4 % (1959), nach ALBRECHT (Jena) 5,2 %, nach GODTFREDSEN (Geschwulstklinik Schweden) 0,8 %, nach VAETH (Californien) 2,4 % (1960), nach DJOJOPRANTO bei Indonesiern 13,8 % der bösartigen Geschwulste.
GRAEFF (1934) konstatierte unter 3600 Sektionen der oberen Luftwege bei 7 Leichen ein Carcinom des Epipharynx.
In den Jahren 1944-1954 wurden im Tahammemorial-Hospital in Bombay nur 42 Carcinome des Epipharynx gegenüber 980 Carcinomen der Tonsillen und 2420 Carcinomen der Zungenbasis gesehen.
Nach HILGER (1958) machte das Epipharynxcarcinom 0,4 % aller Malignome aus.

GODTFREDSEN (1948) entdeckte bei Patienten in Dänemark und in Schweden bei 0,8 % ein Malignom des Epipharynx; dies entspricht einer Morbidität von 0,0005 % innerhalb einer Bevölkerung von etwa 7 1/2 Millionen; das heißt: etwa ein Fall auf 181250 Menschen. Jener Autor eruierte einen Prozentsatz von 0,4 % aller Carcinom-Fälle. Die Häufigkeit der malignen Tumoren des Epipharynx beträgt nach GODDY (1953) 1/5000 der stationär behandelten Patienten. Im Sektionsmaterial fand SINGER (1955) unter 7054 Sektionen 5 Epipharynxmalignome, das sind ca. 0,07 %.
LEGLER (1949) behauptete, die Zunahme der Epipharynxtumoren in letzter Zeit liege an den besseren diagnostischen Möglichkeiten. Er berichtete selbst über 46 Malignome des Epipharynx, die zwischen 1944 und 1949 an der Charité Berlin beobachtet wurden. Männer wurden häufiger betroffen als Frauen.
Nach ORMEROD (1959) sind die bösartigen Tumoren im Epipharynx sehr selten. Im Jahre 1957 wurden 95545 Todesfälle mit Malignomen als Todesursachen gemeldet; darunter waren 123 Fälle mit einem Epipharynxkrebs, d.h. 0,13 % aller Kranken mit einer Geschwulst.
Unter 24 Fällen von malignen Epipharynxtumoren, die im Laufe von 4 Jahren an der Berliner Charité von P. KRAHL und A. KOLLWITZ (1954) beobachtet wurden, fanden sich 7 Frauen zwischen 25 und 59 Jahren und 17 Männer zwischen 35 und 80 Jahren.

Von 1944-1960 wurden nach HAGER in der HNO-Klinik Innsbruck 33 Kranke mit einem Epipharynxmalignom behandelt.
Bei Carcinomen liegt das Durchschnittsalter der Männer bei 47,9 Jahren, der Frauen bei 41,8 Jahren, während das Durchschnittsalter der an Sarkom erkrankten Männer bei 33 Jahren, der Frauen bei 20 Jahren liegt.
An der Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohren der Universität München kamen in dem Zeitraum von 1953-1963, d.h. in 10 Jahren, bei über 20000 stationär behandelten Patienten 74 Fälle zur Aufnahme, die an einem Tumor des Nasen-Rachenraumes erkrankt waren; davon entfielen 27 auf das weibliche und 47 auf das männliche Geschlecht. Es zeigte sich somit ein Verhältnis der Geschlechter von 3:5.
In unserem Krankengut war die Alterskategorie zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr mit 9 Fällen am häufigsten vertreten. Es folgten die Altersgruppen zwischen 40 und 50 Jahren bzw. 60 und 70 Jahren mit je 8 Fällen sowie die Altersgruppen zwischen 70 und 80 Jahren mit 5 Fällen. Der jüngste Carcinompatient war 25 Jahre alt, der älteste 84 Jahre.
Beobachtungen aus den verschiedenen Ländern ergaben ein Verhältnis zwischen Männern und Frauen von 2:1.
Die in der Literatur beschriebenen seltenen Fälle, z.B. ein Carcinoma sim

plex des Nasenrachenraumes bei einem 1 1/4 Jahr alten Knaben (ROSENBUSCH, 1929), dürfte bei den epithelialen Malignomen als Ausnahme gelten.
Die Sarkome verteilen sich hingegen über alle Altersgruppen. Von 33 Sarkomfällen der HNO-Klinik in München befanden sich je 9 Patienten im Alter von 50-60 Jahren bzw. 60-70 Jahren, je 4 im 3. bzw. 7.Jahrzehnt. Der jüngste Patient war 19 Jahre alt, der an einem Retothelsarkom erkrankte; die älteste Patientin hatte ein Alter von 78 Jahren. Das Durchschnittsalter lag zwischen 49 und 50 Jahren.
Das Zahlenverhältnis von Carcinomen zu Sarkomen des Epipharynx betrug in verschiedenen Ländern nach der neueren Literatur:

Autor	Jahr	Carcinom	Sarkom
EGGSTEIN W.	1947	94	49
MILLER	1951	90	3
LAMBERT	1954	65	35
LEDERMANN	1954	85	27
BACLESSE	1956	363	167
MALONY	1957	83	4
Deutsche Statistik	1958	415	298
		1 195	583

Carcinom : Sarkom = 2 : 1

Nach ALBRECHT (1959) betrug die Summe der malignen Epipharynxtumoren in

Charité Berlin von 1947-1959	26 Fälle
Berlin Ziegelstraße	7 Fälle
Düsseldorf	35 Fälle
Erfurt	17 Fälle
Erlangen	68 Fälle
Frankfurt	59 Fälle
Freiburg	41 Fälle
Greifswald	17 Fälle
Hamburg	39 Fälle
Jena	127 Fälle
Kiel	52 Fälle
Köln	33 Fälle
Leipzig	70 Fälle
Mainz	14 Fälle
Marburg	12 Fälle
Münster	46 Fälle

Rostock	25 Fälle
Tübingen	36 Fälle
Würzburg	22 Fälle
	746 Fälle

Nach den Statistiken kann zusammenfassend festgestellt werden:
Bei den Chinesen, einschließlich denen in Amerika, und bei anderen Völkern Ostasiens treten die bösartigen Tumoren des Epipharynx viel häufiger auf als bei anderen Rassen.
GODTFREDSEN (1944) fand beim Epipharynx ein Durchschnittsalter der Patienten von 51 Jahren. ALBRECHT (1959) eines von 50,5 Jahren. Bei Sarkomen ein Durchschnittsalter von 45,6 bzw. von 45,8 Jahren.
BLOOM (1963) berichtete von 57 primären bösartigen Epipharynxtumoren in der Zeit von 1935-1960. Das Alter der Patienten lag zwischen 13 und 24 Jahren.
J. LAWTON SMITH und A. WHELISS (1962) untersuchten 53 Patienten mit bösartigen Epipharynxtumoren, davon 19 Frauen und 34 Männer. Die meisten waren zwischen 20 und 60 Jahre alt.
C. CHAKRAVORTY und L. FRAZELL (1960) stellten beim 7. Internationalen Krebskongreß in London fest: In den Jahren von 1932-1952 waren von 24 Fällen mit gesichertem Epipharynxkrebs 72,6 % der Patienten männlichen und 27,4 % weiblichen Geschlechts. Frauen wurden am häufigsten befallen, wenn sie sich im 4., Männer, wenn sie sich im 5. Lebensjahrzehnt befanden.
ENRIQUZ (1960) führte über die Befunde des CDCD (Cancer Delegation Diagnostic Center) der Philippinischen Krebsgesellschaft aus: Unter 2900 Untersuchten Personen wurden 128 Malignome entdeckt, davon 67 im Kopf- und Halsbereich. Der Epipharynxtumor lag mit 12 Fällen an der Spitze.
Bei 57 Fällen beobachtete ORMEROD (1959) von 1933-1957, daß Männer häufiger befallen waren als Frauen und der Altersdurchschnitt zwischen 50 und 70 Jahren lag.
In den Jahren 1919-1928 konstatierte ZUPPINGER bei 32 Fällen, 8 weiblichen, 24 männlichen, daß an die Hälfte der Patienten jünger als 50 Jahre war. Der Jüngste hatte ein Alter von 1 1/2, der Älteste von 72 Jahren. Das mittlere Alter betrug 43,8 Jahre.

Geschlechtsverteilung der an der Universitätsklinik Hals-Nasen-Ohren München (Prof. Dr. A. Herrmann) beobachteten Fälle:

Geschwulst:	männlich	weiblich
Carcinom	22	11
Sarkom	22	13
Lymphoepitheliale Tumoren	3	3

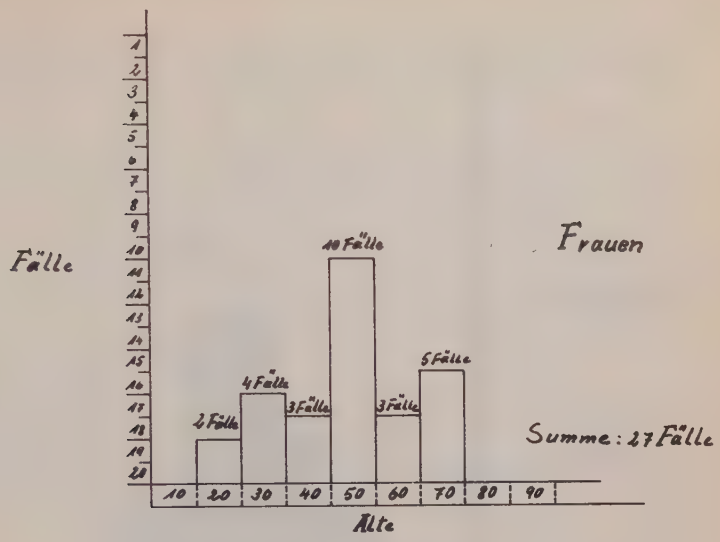
Altersverteilung der an der Universitätsklinik für Hals-Nasen-Ohren München (Prof. Dr. A. Herrmann) von 1953-1964 beobachteten Fälle:

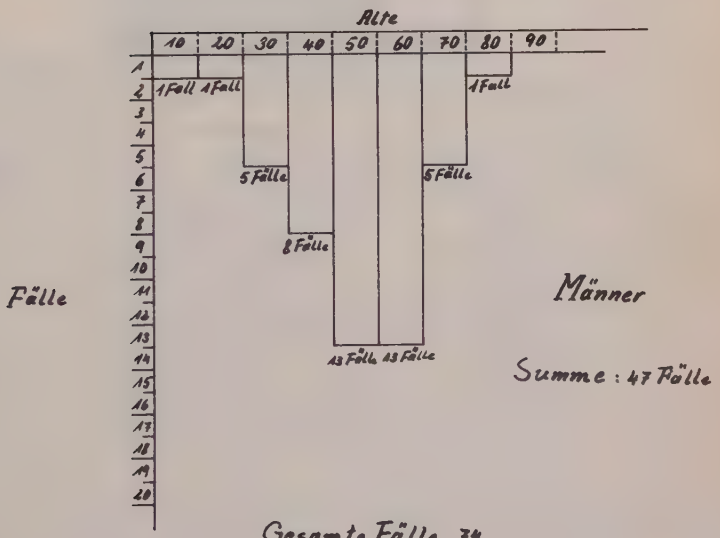
		Männer	
Alter	Carcinom	Sarkom	Lymphoepitheliale Tumoren
10-20 Jahre	-	1	-
21-30 Jahre	-	1	-
31-40 Jahre	1	3	1
41-50 Jahre	6	2	-
51-60 Jahre	9	4	1
61-70 Jahre	6	6	-
71-80 Jahre	2	2	1
81-90 Jahre			
		Frauen	
10-20 Jahre	-	-	-
21-30 Jahre	-	2	-
31-40 Jahre	1	2	1
41-50 Jahre	2	-	1
51-60 Jahre	4	5	1
61-70 Jahre	-	3	-
71-70 Jahre	2	3	-
81-90 Jahre	1	-	-

Altersverteilung bei den 74 beobachteten Fällen (Männer und Frauen)

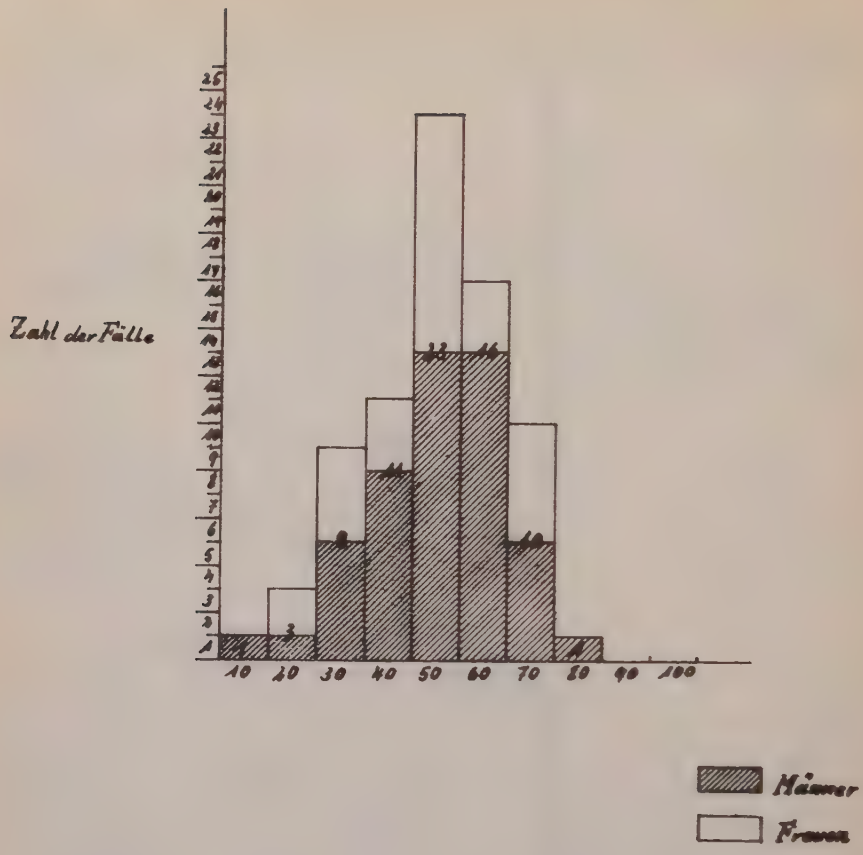
Alter	Carcinom	Sarkom	Lymphoepitheliale Tumoren
10-20 Jahre	-	1	-
21-30 Jahre	-	3	-
31-40 Jahre	2	5	2
41-50 Jahre	8	2	1
51-60 Jahre	13	9	2
61-70 Jahre	6	9	-
71-80 Jahre	4	5	1
81-90 Jahre	1	-	-

Altersverteilung bei Frauen und Männern





Gesamte Fälle 74


Zahl der Fälle
10
20
30
40
50
60
70
80
90
100
Männer
Frauen

KLASSIFIZIERUNG DER MALIGNEN EPIPHARYNXTUMOREN

Man unterscheidet zwei große Gruppen: epitheliale und nichtepitheliale Tumoren, und gebraucht bei weiterer Differenzierung dieser beiden Hauptgruppen eine recht unterschiedliche Nomenklatur.
Wie LEGLER (1949) betonte, werden an Hand der histologischen Befunde die malignen Epipharynxtumoren entsprechend klassifiziert. Je nach der Schule der Autoren fällt die Unterteilung der bösartigen Tumoren des Nasenrachenraumes anders aus. Hinsichtlich des transitional-cell-carcinoms konstatieren wir z.B., daß es im Memorial-Hospital (USA) beinahe die Hälfte aller malignen Tumoren ausmacht (48 %); in der Züricher Universitätsklinik nach ZUPPINGER (1937) nur 6 %; im Niederländischen Krebsinstitut nach GERLINGS (1949) 0 %. Im Krankengut der Charité in Berlin und der Universitätsklinik München fehlt die Diagnose: transitional-cell-carcinom.
P. SCEVOLA (1951) stellte unter 98 Fällen von Epipharynxtumoren 48 epitheliale Geschwülste, 39 mesenchymale Geschwülste und 1 Lymphoepitheliom fest. Unter den 48 epithelialen Geschwülsten befanden sich:

Plattenepithelcarcinome	26
Metatypische Epitheliome	5
Basalzellcarcinome	10
Undifferenzierte Epitheliome	7

P. KRAHL und A. KOLLWITZ (1954) beobachteten unter 24 Fällen 18 Geschwülste epithelialer und 6 mesenchymaler Herkunft.
ORMEROD (1959) behandelte während 25 Jahren (1933-1957) im Royal-Cancer-Hospital 75 Patienten mit einem malignen Epipharynxtumor:

Plattenepithelcarcinome	15 Fälle
Anaplastische Carcinome	27 Fälle
Adenocarcinome	2 Fälle
Transitional-cell-carcinome	3 Fälle
Lymphoepitheliome	4 Fälle
Mischtumoren	3 Fälle
Sarkome (verschiedenartig)	21 Fälle

HISTOLOGISCHE DIFFERENZIERUNG MALIGNER EPIPHARYNXTUMOREN

In der Zusammenstellung von Martin ZUPPINGER, GERLINGS, LEGLER verteilen sich die Malignome wie folgt:

Gesamtzahl der Fälle	87	62	34	66
A. Carcinome				
Plattenepithel-Ca.	6 %	9 %	12 %	27 %
Ca. simplex	0	18	6	9
Seltene Ca. wie Zylindrom, Basaliom, Adenoca. usw.	5	0	15	2
Lymphoepitheliale Ca.	16	38	8	0
Transitional cell. Ca.	48	6	0	0
Anaplastische nicht näher differenzierbare Tumoren, höchst wahrscheinlich epithelialer Natur	9	3	18	49
B. Sarcome				
Lymphosarkom	13	6	12	5
Reticulo-Sa.	0	6	0	3
Rundzellen-Sa.	0	10	23	1
Sonstige Sarcome	0	2	6	3
C. Sonstige maligne Tumoren	3	2	0	1

Histologische Differenzierung der an der Universität Hals-Nasen-Ohren-Klinik München (Prof. Dr. A. Herrmann) von 1952-1963 beobachteten Fälle:

Gesamtzahl der Fälle:	74
A. Epitheliale Geschwülste:	34
1. Plattenepithelcarcinom	20
2. Wenig differenzierbare Carc.	6
3. Undifferenzierbare Car.	6
4. Carcinoma solidum	2
B. Nicht-Epithelial-Geschwülste:	33
1. Retothelsarcom	21
2. Reticuläre Sarcome	4
3. Lymphoreticuläre Sarcome	3
4. Rundzellige Sarcome	2
5. Spindelzelliges Sarcom	1
6. Sarcom ohne weitere Differenz	1
7. Melanosarcom	1
C. Sonstige maligne Tumoren:	7
1. Zylindrom	5
2. Lymphoepithelialtumoren (Schmincke)	2

J. HARER (1954) beobachtete 33 Patienten mit einem malignen Nasen-Rachentumor. Der histologische Befund ergab:

Plattenepithelcarcinome	15 Fälle
Anaplastische Carcinome	7 Fälle
Lymphoepitheliome	6 Fälle
Mischtumoren	2 Fälle
Lymphome	2 Fälle
Plasmacytome	1 Fall

Das von QUICK und CUTTLER beschriebene transitionalzellige Carcinom steht nach J. BECK (1937) u. a. den lymphoepithelialen Tumoren nahe. Der lymphoepitheliale Tumor wächst in solchen Organen, deren Entwicklung zum Kiemengangapparat in Beziehung steht. Differentialdiagnostisch sind enge Beziehungen zum Retothelsarkom vorhanden. Bei Durchsicht der neuen Literatur

über die Histologie der malignen Epipharynxtumoren findet man keine einheitliche Beurteilung und Nomenklatur.
Nach SENDZIAK (1908) standen den beobachteten Fällen von 88 Sarkomen nur 69 Carcinome und 29 Endotheliome gegenüber. In der älteren Literatur überwiegen eigentümlicherweise histologisch die Sarkome gegenüber den Carcinomen.
GODTFREDSEN (1944) konnte einen Anteil der Carcinome mit 50 % der Sarkome mit etwa 44 % ermitteln. In seinem eigenen Material fand er 55,3 % Carcinome und 44,7 % Sarkome.

SYMPTOMATOLOGIE

Trotz verbesserter diagnostischer Möglichkeiten der letzten Jahre werden nach wie vor die Epipharynxtumoren nach Auftreten verschiedener Symptome und Metastasen erkannt.
Nach HILGER (1958) warten die Patienten mit malignen Epipharynxtumoren durchschnittlich 3 Monate nach Auftreten der ersten Symptome, bis sie einen Arzt aufsuchen. Die endgültige Diagnose wird erst in weiteren 4 Monaten gestellt. Demzufolge dauert es 10 Monate bis zur eindeutigen Diagnose und bis zur Einleitung einer Therapie. In 50 % dieser Fälle sind dann bereits Metastasen in den Lymphknoten vorhanden. Bei Sicherung der Diagnose sind bereits bei 70 % bis 80 % der Fälle Metastasen in den Lymphknoten vorhanden.
Natürlich hängen die klinischen Symptome beim malignen Tumor im Epipharynx von Sitz und Art des Tumors ab.
Es soll hier die Symptomatologie zuerst an Hand des Schrifttums, sodann unter Verwendung des Krankenguts der HNO-Klinik München der Jahre 1955-1963 zusammengestellt werden. GODTFREDSEN (1949) beobachtete 454 Fälle:
4 Symptomengruppen treten immer wieder bei Malignomen des Epipharynx auf:

1. Ophthalmoneurologische Krankheitszeichen (16 %)
2. Rhinologische Krankheitszeichen (30 %)
3. Otologische Krankheitszeichen (23 %)
4. Die Zeichen einer Metastase in den Halslymphknoten (32 %)

Nach GODTFREDSEN beträgt das Intervall vom ersten Auftreten der Symptome bis zur endgültigen Diagnose durchschnittlich 11 Monate.
Dies sind nach GODTFREDSEN die Anfangssymptome.
Beim vollentwickelten Krankheitsbild dominieren folgende Krankheitserscheinungen:

1. Metastasenbildung in den Halslymphknoten ca. 75 %
2. Rhinologische Symptome 56 %
3. Otologische Symptome 49 %
4. Ophthalmoneurologische Symptome 38 %

Nach ZANGE (1957) bestehen als Leitsymptome:

1. Zunehmende Behinderung der Nasenatmung
2. Ohrtrompetenverschluß mit Mittelohrkatarrh bzw. Schwerhörigkeit
3. Lymphknotenschwellung im Bereich des seitlichen Halses.

DWORACEK (1955) berichtete über die vielgestaltige Symptomatik der Malignome des Epipharynx folgendes: Kopfschmerzen, Nasenbluten, behinderte Nasenatmung, Ohrstörungen und Halsdrüsenschwellung sind Initialsymptome

Nach jenem Autor beträgt die Zeit, die bis zur Stellung der richtigen Diagnose vergeht, 6 - 24 Monate.

Nach ORMEROD boten 75 Fälle folgende krankhafte Veränderungen:

Nasenverstopfung	41 %
Vergrößerung der Halslymphknoten	18 %
Mittelohrentzündung	14 %
Schmerzen der Hirnnerven	11 %
Lähmung von Muskeln	4 %

Solche Symptome treten aus folgenden Gründen auf:

1. Verstopfung der Choanen
2. Ausbreitung der Geschwülste durch Lymphgefäße zu den tiefer gelegenen oberen Halslymphknoten
3. Verlegung des Tubeneingangs
4. Einbeziehung eines oder mehrere Äste des 5. Hirnnerven in den Prozeß durch direktes Wachstum
5. Schädigung des N. occulomotorius durch direkte Ausbreitung in Richtung der mittleren Schädelgrube und Schädigung der 4 letzten Hirnnerven unterhalb der Schädelbasis.

ZÖLLNER (1942) konnte nachweisen, daß Mittelohrsymptome bei Epipharynxmalignomen nicht nur durch mechanische Verschlüsse der Ohrtrompete, sondern auch durch Reizung der Tube bzw. der Mittelohrschleimhaut sowie des zugehörigen Gefäß- Bindegewebsapparates infolge direkter Berührung mit der Geschwulst und schließlich durch Fortleitung einer von zerfallenden Tumoren im Epipharynx verursachten, bakteriellen Entzündung ins Mittelohr zustande kommen.

Nach BLOOM (1963) ist bei 57 Fällen von Epipharynxtumoren in der Zeit von 1935-1960 die Symptomatik sehr verschieden. Es können sowohl Hals-Nasen-Ohren- als auch Augensymptome auftreten. 60 % aller Fälle zeigten vergrößerte Halslymphknoten. In der Literatur werden Zahlen von 32-83 % genannt.

Bei 9 % konnte er Metastasen in der Leber und bei 12 % Metastasen im Knochensystem feststellen.

Was Fernmetastasen anbelangen, so ist folgendes anzuführen: SINGER (1955) entdeckte bei 7051 Sektionen 3 Fälle mit Fernmetastasen. In der neuen Literatur wird von einem "nicht häufigen Vorkommen" von malignen Epipharynxtumoren gesprochen.

Nach ALBRECHT (1959) konnte BALBI 8 mal bei 94 Fällen Fernmetastasen, GODTFREDSEN 85 mal bei 310 Fällen feststellen.

Die Zahlen der Fernmetastasen bei 14 Sektionsfällen von Epipharynxmaligno-

men, die in der Universität Leipzig durchgeführt wurden, sind folgende:

Art der Tumoren	Sektionszahl	Zahl d. Fernmetastasen
Sarkome	4	3
Carcinome	10	5

Es fand sich bei den Sarkomen in 2 Fällen eine allgemeine Sarkomatose. Sitz der Fernmetastasen bei den Sarkomen war zweimal der ganze Körper, einmal die Lunge und einmal das Skelett; einmal die Leber und einmal die Nierenrinde, sowie zweimal die Lunge und einmal das Skelett bei Carcinomen.

Bei 24 Fällen, über die P. KRAHL und A. KOLLWITZ (1954) berichteten, wurde in der Charité Berlin die Diagnose durchschnittlich erst 10-11 Monate und spätestens 27 Monate nach Auftreten der ersten Symptome gestellt. 58 % dieser Fälle klagten über Ohrensymptome wie Druckgefühl, Ohrensausen, Schwerhörigkeit entsprechend einem Mittelohrkatarrh; 12,5 % über Störungen der Nasenatmung mit begleitender Schleimhautentzündung und Blutung. Die neurologischen und ophtalmologischen Erscheinungen finden sich meist erst beim vollentwickelten Krankheitsbild. Einseitige Kopfschmerzen und Lymphknotenmetastasen wurden in fast allen Fällen beobachtet.

SCLEVOLA (1951) unterscheidet 3 Perioden der Entwicklung von Symptomen bei 84 Fällen von malignen Epipharynxtumoren:

1. Anfangssymptomatologie,
2. Zustandssymptomatologie,
3. Invasionssymptomatologie.

Anfangssymptomatologie:

a) Die meisten Fälle zeigten monosymptomatische Ohrsymptome (Mittelohrschwerhörigkeit und Autophonie) 60 mal.
b) Nasensymptome (Atembehinderung, Nasenblutung) 11 mal.
c) Nervensymptome (Lähmungen usw.) 6 mal.
d) Lymphknotenmetastasen am Hals 7 mal.

Bei 33 Patienten J. HARER's traten folgende Symptome auf:
Bei 13 Patienten Lymphknotenschwellung, bei 12 Behinderung der Nasenatmung; bei den übrigen zuerst Kopfschmerzen oder Hörstörungen. Nicht selten sind Gehirnnerven in Mitleidenschaft gezogen.

KRAHL und KOLLWITZ (1954) beobachteten bei ihren Patienten in 50 % Ohrsymptome wie Druckgefühl, Ohrensausen, Schwerhörigkeit, sekretorischen Mittelohrkatarrh, bei 12 % Störungen der Nasenatmung mit beglei-

tendem Katarrh und Blutungen als Frühsymptome. Neurologische und ophthalmologische Erscheinungen fanden sich meist beim vollentwickelten Krankheitsbild.

LEGLER (1949) stellte bei seinen Patienten als häufigste Symptome Lymphknotenschwellung, Tubenkatarrh, der zuerst einseitig und später oft mit einer doppelseitigen Mittelohrschwerhörigkeit verbunden war, fest. Sehr oft klagten die Patienten über Kopfschmerzen.

J. LAWTON SMITH und JOHN A. WHELISS (1962) fanden unter ihnen als wichtigste Symptome Halslymphknotenschwellung, Ohrenschmerzen, Schwerhörigkeit, Gesichtsschmerzen sowie Behinderung der Nasenatmung. Oculäre Symptome fanden sich 29 mal:

19 mal Abducens - Lähmung
5 mal Trochlearis - Lähmung
7 mal Oculomotorius - Lähmung.

F. OENKEN und WEDIG (1959) untersuchten 47 maligne Epipharynxtumoren (UNIVERSITÄT LEIPZIG). 60 % der Fälle zeigten Metastasen in den Halslymphknoten.
BLOOM (1963) stellte bei seinen Patienten fest, daß 60 % vergrößerte Halslymphknoten hatten. 7 % Metastasen in den regionären Lymphknoten, 9 % Metastasen in der Leber und 12 % im Knochensystem.
HAGER (1961) fand bei 53 Fällen (Universität Innsbruck) folgendes:

Erste Symptome in	Carcinom	Sarkom	Aufnahmesymptome
Nase	17	3	Ca 17 Sa 3
Ohr	22	2	Ca 29 Sa 4
Nerven			Ca 14 Sa 2
Drüsen	7	-	Ca 37 Sa 5

GODTFREDSEN konnte als frühzeitige und häufigste Nervensymptome bei malignen Epipharynxtumoren folgendes feststellen:
Abducens-Lähmung, Störung mehrerer Augenmuskelnerven (N. III, IV, VI).

Bei den von den Autoren beobachteten Fällen konnte man erkennen, daß sich bei den meisten Patienten als Anfangssymptome folgendes zeigte: Halslymphknotenschwellung, Behinderung der Nasenatmung, Schwerhörigkeit, Nasenblutung, sekretorischer Nasenkatarrh.

Zusammenfassend ist zu sagen:
Die Symptomatologie hängt vor allem von der Größe, vom Sitz und von der Art des Tumors ab.

Trotz der verbesserten diagnostischen Möglichkeiten dauert es von den ersten Symptomen bis zur sicheren Diagnose nach den verschiedenen Autoren etwa 8 bis 10 Monate.
Was die in der Zeit von 1953-1963 in der Münchner Universitäts-HNO-Klinik behandelten 74 Patienten mit malignen Epipharynxtumoren anbelangt, so ergibt sich folgendes:
53 Patienten (= ca. 71,6 %) wurden durch HNO-Fachärzte,
12 Patienten (= ca. 16,2 %) durch praktische Ärzte,
4 Patienten durch Kreiskrankenhäuser,
4 Patienten durch die Nervenklinik München und
1 Patient durch den Zahnarzt eingewiesen.

Von den Fachärzten wurde die Diagnose in beinahe der Hälfte der Fälle schon bei der ersten Konsultation sowie unter Berücksichtigung einer weiteren Beobachtung und Probeexzision festgestellt, während die praktischen Ärzte die Patienten meist zwischen 2-6 Monaten beobachteten und konservativ behandelten und dann erst zur genaueren Untersuchung zu einem HNO-Facharzt überwiesen.

Bei unserem Krankengut dauerte es vom Auftreten der ersten Symptome bis zur ersten ärztlichen Konsultation durchschnittlich 5 Monate, die kürzeste Zeit betrug 4 Wochen, die längste 2 Jahre.

Der Weg bis zur eindeutigen Feststellung der malignen Epipharynxtumoren bei Patienten zeigte bei unseren Fällen verschiedene Abschnitte. Meistens suchten die Patienten beim Auftreten der ersten Symptome erst nach 1-2 Monaten einen Arzt auf. Nach der ersten Konsultation bei praktischen Ärzten dauerte es mangels diagnostischer Möglichkeiten lange (ca. 5-10 Monate), bis die Patienten zum Facharzt geschickt wurden.
Eine andere Kategorie von Patienten wurde durch Fachärzte beobachtet; meist nach 1-2 Wochen wurde die Erkrankung erkannt und der Patient zur Bestätigung bzw. Therapie der Erkrankung in die HNO-Universitätsklinik München eingewiesen.

Bei mehreren Fällen wurde bei Auftreten von Halslymphknoten- und Ohrensymptomen erst konservativ sowie symptomatisch behandelt und trotz Auftretens weiterer Symptome nicht nach dem Primärtumor gesucht.

In verschiedenen Fällen behandelte man Lymphknotenschwellungen mit Rot- oder Blaulicht, verschiedentlich wurde ohne klare Diagnose eine Röntgenbestrahlung durchgeführt.
Meistens schickten die praktischen Ärzte die Patienten zu Hals-Nasen-Ohren-Ärzten, und von diesen wurden sie dann in die HNO-Universitätsklinik eingewiesen. Nur 12 Fälle kamen direkt von praktischen Ärzten wegen Verdachts

auf Epipharynxtumor in die Klinik.

Bei unserem Krankengut waren die Fälle am häufigsten, welche wegen Nasensymptomen zu einem Arzt gingen. An zweiter Stelle stand als Symptom Halslymphknotenschwellung. Viele Ärzte schlossen dabei auf Tuberkulose und behandelten die Schwellungen. In manchen Fällen zeigte sich anfangs ein Tubenkatarrh mit entsprechender Schwerhörigkeit, zuerst ein- später doppelseitig. Es folgten die Gruppen mit Ohrensymptomen, Schluckbeschwerden und Kopfschmerzen an dritter, vierter und fünfter Stelle. Eine Gewichtsabnahme konnte nur bei 4 Fällen registriert werden. Heiserkeit zeigte sich als erstes Symptom in nur zwei Fällen, wobei ophthalmologische Symptome und neurologische Symptome in nur je einem Fall auftraten.

Nachfolgend sollen nun in Tabellenform einige Symptome, die bei den Kranken mit einem Epipharynxtumor auftraten, zusammengestellt werden:

	Zahl der Fälle
1. Nasensymptome (schlechte Nasendurchgängigkeit, Nasenblutung, eitriger Katarrh)	21
2. Halsdrüsenschwellung	16
3. Ohrensymptome (Herabsetzung des Hörvermögens, stechende Schmerzen)	11
4. Schluckbeschwerden	9
5. Kopfschmerzen	8
6. Gewichtsabnahme	4
7. Heiserkeit	2
8. Neurologische Symptome	1
9. Ophthalmologische Symptome	1

Das Ergebnis war als Erst- und Frühsymptome bei den 74 Fällen Nasenverstopfung, Nasenfluß, Nasenbluten, Ohrensausen, Taubheit, Schluckbeschwerden, Kopfschmerzen, nasalklingende Sprache, Trigeminusneuralgie und Foetor.

Im weiteren Verlauf bis zur eindeutigen Diagnose konnten bei 74 Patienten, die an einem malignen Epipharynxtumor litten, folgende Symptome festgestellt werden:

1. Nasensymptome	56 Fälle
2. Halsschwellung	46 Fälle
3. Kopfschmerzen	35 Fälle
4. Ohrensymptome	23 Fälle
5. Ophthalmologische Symptome	21 Fälle
6. Schluckbeschwerden	17 Fälle
7. Gewichtsabnahme	14 Fälle
8. Nervensymptome	10 Fälle
9. Sprachstörung und Heiserkeit	12 Fälle

THERAPIE

Zur Therapie der malignen Epipharynxtumoren stehen zur Zeit folgende Methoden zur Verfügung:

1. Die Operation
2. Die Bestrahlung
3. Die Kombination beider Methoden

Die Erfolge der genannten Methoden werden in der Literatur verschieden beurteilt. Zahlreiche Autoren sprechen sich in letzter Zeit für die Kombination von Operation und Bestrahlung der bösartigen Epipharynxtumoren aus. Vor allem wurde die Strahlentherapie bei den Fällen, die Metastasen zeigten, angewandt.

Nach SEIFFERT (1940) ist die kombinierte Methode bei der Therapie der malignen Epipharynxtumoren am aussichtsreichsten.

Nach ORMEROD (1959) sind Sarkome sehr strahlenempfindlich, die epithelialen Tumoren dagegen strahlenresistent. Nach ihm müssen die malignen Tumoren des Epipharynx mit einer Hochvoltröntgenanlage von mindestens 1 Millionen Volt oder mit radioaktivem Kobalt in Stärke von 2000 Curie bestrahlt werden. Damit wird eine Tumordosis von 6000 r im Laufe von 6 Wochen verabreicht. Dabei werden die Lymphknotengebiete beiderseits mitbestrahlt. Vielfach variiert die Bestrahlungsmethode nach Sitz und Ausdehnung des Tumors sowie seinem histologischen Aufbau. Vor allem ist es wichtig, daß die Tumorgrenzen nicht gefährdet und überschritten werden; solche sind nach UNGERECHT (1954) das Chiasma des N. opticus, der N. opticus, der Sinus cavernosus und die Art. carotis interna im Bereich des Schädels.

DAVIS (1949) berichtet, daß sich in den meisten Fällen die Patienten im inoperablen Zustand befanden, wenn sie zur Behandlung kamen.

Nach SCHWAB (1952) ist das Ziel des chirurgischen Anteils der kombinierten Methode, einmal die Tumoren zu entfernen oder zumindest weitgehend zu zerstören, zum anderen optimale Bedingungen für die Strahlentherapie zu schaffen.

1928 schlug HALMAGRE zum ersten Mal vor, die Elektrocoagulation als palliative Operation bei sehr großen und ulcerierenden Tumoren und solchen, die sich nicht durch radiologische Behandlung genügend beeinflussen lassen, anzuwenden. Die Elektrocoagulation und eine anschließende Bestrahlung mit Radium oder Kobalt wurden in verschiedenen deutschen Kliniken, vor allem in Heidelberg (UNGERECHT, 1954) durchgeführt.

Bei unserem Krankengut wurden von 74 Fällen, die an einem malignen Epipharynxtumor litten, 46 mit Röntgenstrahlen behandelt, und zwar mit einer Dosis von durchschnittlich 5000 - 6000 r während der Dauer von 4-6 Wochen. In den meisten Fällen bestrahlte man die Halslymphknoten mit; 9 Fälle wurden operativ behandelt, und zwar durch Verkochung, Einlage von Radium und Nachbestrahlung. 1 Fall wurde operiert und anschließend mit Telekobalt behandelt. Die restlichen Fälle behandelte man kombiniert, und zwar durch Extirpation der Halslymphknoten und Röntgenbestrahlung.

74 Fälle	Therapie
46	Röntgenbestrahlung
18	Operation, Röntgenbestrahlung (Extirpation der Drüsen)
9	Operation, Verkochung, Einlage von Radium und Bestrahlung
1	Operation, Röntgenbestrahlung mit Telekobalt

Die Situation der Kranken mit einem malignen Epipharynxtumor wurde früher, so im Handbuch von DENKER u. KAHLER (1929) bzw. BLUMENFELD u. JAFFE (1931), ganz allgemein als hoffnungslos bezeichnet.
BLOOM (1963) sprach davon, eine Heilung wäre nur zu erwarten, wenn der Prozeß örtlich begrenzt sei und keine Metastasen vorlägen.
Die Prognose der malignen Epipharynxtumoren wurde in der neueren Literatur oft getrennt angegeben, je nach epithelialer oder nichtepithelialer Herkunft.

Nach ORMEROD (1959) sind die Sarkome sehr strahlenempfindlich, während die Carcinome strahlen-resistent sind.
Die kürzere Lebensdauer der Patienten mit Tumoren dürfte auf die frühere Metastasierung zurückzuführen sein.
ZUPPINGER berichtete 1931 über 15 Patienten mit Epipharynxtumoren, die er in der Zeit von 1919-1928 behandelte.
In keinem Fall konnte dauernde Symptomfreiheit erreicht werden. KLEINFELD (1937) konstatierte, daß bei über 40 Patienten mit malignen Epipharynxtumoren 38 starben und nur 2 noch ein Jahr nach der Behandlung lebten.
KOLLWITZ u. KRAHL (1954) berichteten von 24 Patienten mit malignen Epipharynxtumoren, von denen 13 zum Zeitpunkt der Publikation bereits verstorben waren, 7 bald durch Metastasen starben. Von den restlichen 4 Patienten lebte 1 Patient 1 Jahr, 1 Patient 7 Jahre, 1 Patient 3 Jahre, und ein Patient 1 1/2 Jahre ohne Symptome.
TORI (1952) findet bei 63 Fällen von malignen Epipharynxtumoren eine 5 Jahresheilung bei 7 Patienten (= ca. 11,1 %).
GREIFENSTEIN (1937) berichtete über 12 Retothelsarkome des Epipharynx, von denen nur ein Patient länger als 3 Jahre lebte. Nach GODFREDSEN (1949) erreichten etwa 22,2 % eine Überlebenszeit von 5 Jahren bei bösartigen Tumoren des Nasen-Rachenraumes. MILLER (1951) fand bei 103 Patienten mit malignen Epipharynxtumoren ohne Metastasen 28,6 % Rezidivfreiheit über 5 Jahre, bei Primärtumoren mit Metastasen eine Überlebenszeit von 5 Jahren nur 3,1 %.
BACLESSE (1957) berichtet über eine Quote von 17,7 % Jahresheilungen nach einer Sammelstatistik aus 8 europäischen und angloamerikanischen Instituten bei 1281 Patienten mit einem Epitheliom, Lymphoepitheliom, Lymphosarkom und Retikulosarkom.
EBERHARD u. LEANNING teilten 1949 mit, daß von 20 Patienten mit malignen Epipharynxtumoren 5 nach 10 Jahren noch lebten, 5 innerhalb von 3 Monaten verstarben, von 9 behandelten Patienten innerhalb von 2 Jahren 2 starben.

1 Patient lebte noch nach 3 Jahren.
DAVIS stellte fest, daß von 19 Patienten mit Carcinom im Nasen-Rachenraum alle in der Zeit von 12-18 Monaten nach Auftreten des ersten Symptoms verstarben.
Die Ergebnisse des Royal National Hospitals bei malignen Epipharynxtumoren:

	Zahl	gesund	Rezidiv	tot
5 jährige Überlebenszeit Behandlung bis Ende 1953	30	5 (16 %)	-	25
3 jährige Überlebenszeit Behandlung bis 1955	51	9 (17 %)	2	40

C. CHAKRAVORTI u. L. FRANZELL (Beobachtungszeit 1932-1952) geben folgenden Überblick über 420 Fälle mit gesichertem Nasen-Rachenraum-Carcinom: 80 % der Patienten verstarben innerhalb von 3 Jahren nach Erkrankungsbeginn; die 5 jährige Überlebenszeit betrug 16,4 %; 15,1 % blieben länger als 10 Jahre am Leben; 6,2 % länger als 20 Jahre.
ZANGE (1957) beobachtete bei 57 Patienten mit Carcinom des Epipharynx, daß 15,7 % 5 Jahre länger lebten.
A. v. RICCABONA (1959) machte bei über 210 Patienten mit Epipharynxtumoren, die seit 25 Jahren am Krankenhaus Linz beobachtet wurden, die Erfahrung: Von 164 lebten nach 3 Jahren noch 61, das sind 37 %; nach 5 Jahren noch 28, das sind 18 %. Von diesen 28 Patienten waren 20 symptomfrei, das sind 12 %; bei 8 Patienten fand sich noch ein Tumor bzw. eine Drüse.
Von F. W. OENKEN u. A. WEDIG hören wir aus der Universitätsklinik Leipzig über 47 Patienten mit malignen Epipharynxtumoren folgendes:
Die durchschnittliche Überlebenszeit der verstorbenen Patienten betrug seit der Erkrankung bei 32 Carcinomen 16,4 Monate, 5 Jahre, Heilziffer 13,3 %. Bei 15 Sarkomen 14,4 Monate, 5 Jahre Symptomfreiheit 10 %.

L. LAWTON u. JOHN A. WHELISS (1962) stellten fest, daß bei 34 Fällen von malignen Epipharynxtumoren des Nasen-Rachenraumes 25 % davon eine 5 jährige Heilung durch Bestrahlung erreichten. 3 Fälle konnten über 16 Jahre verfolgt werden.
K. JATHO (1959) kommt über die kritische Lebenszeit und den Heilungserfolg bei 47 malignen Nasen-Rachentumoren zu folgendem Ergebnis.
32 Patienten verstarben durchschnittlich 8,5 Monate nach dem Beginn der Therapie; etwa 16 Monate nach Krankheitsbeginn lebten 15 Patienten. Die 5 Jahre - Heilziffer beträgt 11,5 %.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wurde einleitend kurz über die Anatomie des Epipharynx, über die Pathohistologie der malignen Epipharynxtumoren, weiterhin über die Häufigkeit, Alter, Rasse, Geschlechtsverteilung, Symptomatologie, Metastasen, Therapie und Überlebensdauer der Patienten mit einem malignen Epipharynxtumor berichtet.

Nach Anführung der einschlägigen Literatur folgen eine Besprechung der Beobachtungen verschiedener Autoren sowie ein Vergleich mit den Erfahrungen bei 74 Patienten mit malignen Epipharynxtumoren, die in der Zeit von 1953-1963 in der Hals-Nasen-Ohren-Klinik der Universität München Aufnahme fanden.

Am häufigsten waren Plattenepithelcarcinome (20 Fälle) vertreten. Bei 33 Patienten lag eine mesenchymale Geschwulst vor. In der Mehrzahl der Fälle (21 Kranke) bestand ein Retothelsarkom, 7 hatten andere maligne Tumoren. Die Geschlechtverteilung bei den Patienten der Münchner Universitäts-HNO-Klinik betrug 3 : 5 (27 Frauen und 47 Männer).

Bei den Fällen mit einem Carcinom dominierte die Alterskategorie zwischen 50 und 60 Jahren. Bei den Personen mit einer nichtepithelialen Geschwulst lag das Alter gleichfalls zwischen 50 und 60 Jahren. Die jüngste Patientin aus der Gruppe mit einer nichtepithelialen Geschwulst war 19 Jahre alt, die älteste dieser Gruppe 78 Jahre. Der jüngste Patient mit einem Carcinom wurde 25 Jahre alt, die älteste Patientin 84 Jahre alt.

Insgesamt fanden wir:

Beim männlichen Geschlecht:	22 Carcinome, 22 Sarkome und 3 lymphoepitheliale Tumoren.
Beim weiblichen Geschlecht:	11 Carcinome, 13 Sarkome und 3 lymphoepitheliale Tumoren.

Als Initial-Symptome lassen sich je nach Häufigkeit, folgende Symptome tabellarisch anführen:

1. Nasensymptome	16 Fälle
2. Halslymphknotenschwellungen	16 Fälle
3. Ohrensymptome	11 Fälle
4. Schluckbeschwerden	9 Fälle
5. Kopfschmerzen	8 Fälle
6. Gewichtsabnahme	4 Fälle
7. Heiserkeit	2 Fälle
8. Neurologische Symptome	1 Fall
9. Ophthalmologische Symptome	1 Fall

Im weiteren Verlauf stellten wir bis zur eindeutigen Diagnose folgende Symptome fest: Nasensymptome standen bei 56 Fällen im Vordergrund. Halsschwellungen traten bei 46, Kopfschmerzen bei 35 und Ohrensymptome bei 23 Patienten auf.
Ophtalmologische Symptome stellten sich bei 21, Schluckbeschwerden bei 17 und Gewichtsabnahme bei 14 Personen ein. Neurologische Symptome hatten 10 und Sprachstörungen bzw. Heiserkeit 12 Fälle.

Halsmetastasen wurden bei 43 Fällen beobachtet. Axillarlymphknotenmetastasen bemerkten 5 Patienten; Schädelmetastasen konstatierten wir bei 4, Hirnmetastasen bei 3 Fällen und Leber-, Lunge-, Magen-, sowie Parotis-Metastasen je bei einem Fall.

Bei der ersten Aufnahme in die Klinik erfolgte bei 46 Personen eine Röntgenbestrahlung des Primärtumors, bei 18 Fällen eine Operation, und zwar Extirpation der Lymphknoten und anschließend eine Röntgenbestrahlung. Bei 9 Fällen wurde folgendermaßen vorgegangen:
Zuerst Verkochung des Primärtumors, dann Einlage von Radium und später Bestrahlung. Bei einem Fall wurden Operation und Röntgenbestrahlung (Telekobalt) kombiniert.

Von den erwähnten 74 Patienten mit malignen Epipharynxtumoren veranlaßten bei 53 (71,6 %) HNO-Fachärzte eine Einweisung, bei 12 (16,2 %) praktische Ärzte, bei 4 Kreiskrankenhäuser, bei weiteren 4 Nervenkliniken und bei einem Patienten ein Zahnarzt.

Von den Fachärzten wurde die Diagnose bei über 50 % der Fälle schon bei der ersten Konsultation unter Berücksichtigung einer weiteren Beobachtung und Probeexzesion gestellt. Die praktischen Ärzte wiesen die Patienten nach einem durchschnittlichen Intervall von 2-4 Monaten ein. Während dieser Zeit behandelten sie symptomatisch; es folgte die Überweisung zum Facharzt oder die Einweisung in die HNO-Klinik wegen Verdachts auf Epipharynxtumor.

Es vergingen durchschnittlich 5 Monate nach Auftreten der ersten Symptome bis zu ersten ärztlichen Konsultation. Die kürzeste Zeitspanne betrug 4 Wochen, die längste 2 Jahre. 3-4 Monate dauerte es durchschnittlich ab der ersten ärztlichen Konsultation, bis die Diagnose gesichert wurde. Die kürzeste Zeitspanne betrug hier 2 Wochen, die längste 1 Jahr.

Das Schicksal von 17 der 74 Patienten mit malignen Epipharynxtumoren ist unbekannt. 6 sind verstorben, ihre Todesursachen konnten nicht in Erfahrung gebracht werden. Somit verbleiben 51 Patienten, über welche nähere Angaben gemacht werden können. 8 davon leben, 43 sind verstorben.

Die durchschnittliche Überlebenszeit bei den verstorbenen Patienten betrug nach unseren Feststellungen ca. 16 Monate; bei den noch lebenden Patienten rechnet man mit einer durchschnittlichen Überlebenszeit von 6 Jahren.

Von den verstorbenen Patienten überlebten 4 die 5 Jahresgrenze, 8 die 3 Jahresgrenze. Nach unserem Krankengut beträgt die 5 jährige Überlebensdauer bei den malignen Tumoren des Epipharynx etwa 17,6 %, während eine 3 jährige Überlebensdauer von 31,3 % errechnet wurde.

ÜBERSICHT ÜBER DAS KRANKENGUT AN DER UNIVERSITÄTS-HALS-NASEN-OHREN-KLINIK MÜNCHEN
(Direktor: Prof. Dr. med. Herrmann) von 1953-1963

A:	B:	C:
1.) Name	1.) Zeitdauer v. Auftreten der ersten Symptome bis zur ärztl. Konsultation	1.) Diagnose
2.) Alter	2.) Von der ärztl. Konsultation bis zur endgültigen Diagnose	2.) Therapie
3.) Einweisend. Arzt	3.) Erste Symptome	3.) Metastasen
4.) Klinikaufnahme	4.) Symptome, die nach der Diagnosestellung anamnestisch erhoben wurden.	4.) Überlebensdauer bzw. weiteres Schicksal des Patienten

==========

1. Fall:

A:	B:	C:
1.) M. Hermann	1.) 6 Monate	1.) Nicht verhornendes Plattenepithelca.
2.) 63 Jhr.	2.) 4 Monate	2.) Drüsenmetastasen a. d. li. Halsseite
3.) Prakt. Arzt	3.) Rachenbeschwerden	3.) Freileg. d. Drüsenmetastasen u. Rö.-Bestrahlung
4.) 12.3.53	4.) Blutung aus der Nase u. Rachen, Sprachstörung (Heiserkeit, Katharr, Husten. 2. u. 3. Trigeminusast druckempfindlich, Cornarreflex re. etwas herabgesetzt.	4.) Vor etwa 8 Jahren verstorben

2. Fall:

A:

1.) H. Sofie

2.) 51 Jahre

3.) Facharzt HNO

4.) 31.1.53

B:

1.) 2 Monate

2.) 3 Monate

3.) Stechende Schmerzen i.d. Ohren

4.) Schlechte Luftdurchgängigkeit, schlechte Nasendurchgängigkeit, Kopfschmerzen, Halsdrüsenschwellung

C:

1.) Rundzelliges Sarkom des Epipharynx

2.) Bestrahlung 4600 r/t + re. u. li. Halsfeld je 2400 r/o

3.) Halsdrüsenmetastasen

4.) Lt. Mitteilg. d. Post nicht zu ermitteln.

3. Fall:

A:

1.) E. Käthe

2.) 28 Jhr.

3.) Facharzt f. HNO

4.) 15.2.53

B:

1.) 3 Monate

2.) 1 Monat

3.) Schluckbeschwerden Gewichtsabnahme

4.) Schluckbeschwerden Geschwürbildung a. d. Mandel, Gewichtsabnahme, Ausspukken v. Eiter, Verlegung d. Nase, Abnahme d. Gehörs li., Halsschwellung.

C:

1.) Retothelsarkom d. Epipharynx, beiderseit. Tonsillenretothelsarkom

2.) Operative Ausräumung des Tumors + Rö.-Strahlen auf d. re. u. li. Nasen-Wangenfeld je 2900 r/o, auf re. u. li. seitl. Wangenfeld je 2700 r/o

3.) Metastasen i. re. Unterkiefer

4.) Lt. Mitteilg. d. Pos Pat. nicht zu ermitteln

NB. Wiederbestrahlung in der Zeit vom 23.7.-31.7.53 wegen eines rezidiv. u. Drüsenmetastasen i. re. Unterkiefer 5200 r

4. Fall:

A:	B:	C:
1.) H. Georg	1.) 6 Monate	1.) Epipharynxcarcinom
2.) 37 Jhr.	2.) 2 Monate	2.) Operative Ausräumung des Tumors, Elektrokoagulation, Rö.-Bestrahlung 5800 r
3.) Facharzt f. HNO	3.) Herabsetzung des re. Hörvermögens Gewichtsabnahme	3.)
4.) 15.3.53	4.) Herabsetzung des re. Hörvermögens, Nasenblutung, Tubenkatharr re. Gewichtsabnahme	4.)

NB: Mutter mit 60 Jhr. an Brustcarcinom gestorben.

5. Fall:

A:	B:	C:
1.) W. Peter	1.) 3 Monate	1.) Retothelsarkom, stellenweise an unreifes, nicht verhorn. Plattenepithelcarcinom erinnernd.
2.) 60 Jhr.	2.) 3 Monate	2.) Rö-Bestrahlung 5500 r/o
3.) prakt. Arzt	3.) Behinderung d. Nasenatmung, bes. li.	3.) -
4.) 23.4.52	4.) Ohrstechen, Behinderung d. Nasenatmung, Herabsetzg. d. Hörverm., Verhärtg. läßt sich im Bereich des re. Sternocleidomasteoidansatzes tasten. Pigmentauflockerung i. d. Macula.	4.) Lt. Mitteilung der Post verstorben.

6. Fall:

A:	B:	C:
1.) Sp. Bartholomäus	1.) 1 Monat	1.) Undifferenziertes Carcinom
2.) 44 Jhr.	2.) 3 Monate	2.) Operation, Rö-Bestrahlung 5120 r, auf jede Halsseite je 2400 r
3.) Krankenhaus Holzkirchen	3.) Blutung a. d. Nase	3.) Halsdrüsenmetastasen
4.) 9.7.53	4.) Nasenblutung, Schmerzen über d. li. Auge, Kopfschmerzen, dumpfer Druck i. li. Ohr, Gewichtsabnahme, Drüsenschwellung li. Halsseite.	4.) Im Februar 1954 verstorben.

7. Fall:

A:	B:	C:
1.) Z. Alois	1.) 2 Monate	1.) Epipharynxcarcinom,
2.) 67 Jhr.	2.) 4 Monate	
3.) Facharzt HNO	3.) Stirnkopfschmerz rechts	
4.) 9.10.53	4.) Schmerzen u. Schwellung d. re. Halsseite, Kopfschmerzen, Nasenblutung, Behinderung d. Nasendurchgängigkeit re.	2.) Operation, Bestrahlung
		3.) Halsdrüsenmetastasen
		4.) Lt. Mitteilung d. Post vor 5 Jahren verstorben.

NB: Der Patient lag 8 Wochen stationär wegen Magencarcinom, beim Epipharynxcarcinom konnte es sich daher um Metastasen gehandelt haben.

8. Fall:

A:	B:	C:
1.) K. Anton	1.) 2 Jhr.	1.) Epipharynxcarcinom
2.) 59 Jhr.	2.) 2 Wochen	2.) Operation, Verkochung einschl. Einlage von Radium mit insgesamt 1100 mgh + Rö-Strahlen.
3.) Facharzt f. HNO	3.) Halsschwellung li.	3.) Halsdrüsenmetastasen.
4.) 17.12.53	4.) Atembeschwerden, Blutung aus Nase, Kopfschmerzen, Geruchabnahme, Halsschwellung, Konvergenzschwäche	4.) Lt. Mitteilung der Post nicht zu ermitteln.

9. Fall:

A:	B:	C:
1.) F. Margarethe	1.) 3 Monate	1.) Spindelzelliges Sarkom
2.) 54 Jhr.	2.) 2 Monate	2.) Radiumeinlage, 1500 mgh Rö-Strahlen
3.) HNO Arzt	3.) Nasenblutung	3.) -
4.) 15.3.53	4.) Kopfschmerzen, Nasenblutung, Behinderung der Nasenatmung	4.) 18.6.54 verstorben.

10. Fall:

A:	B:	C:
1.) W. Alois	1.) 6 Monate	1.) Retothelsarkom
2.) 39 Jhr.	2.) 3 Monate	2.) Bestrahlung 5000 r wegen schlechter Verträglichkeit mußte die Bestrahlung vorzeitig abgesetzt werden.
3.) Facharzt f. HNO	3.) Kopfschmerzen, Atembeschwerden	3.) -
4.) 18.1.54	4.) Kopfschmerzen, Atembeschwerden, Behinderung der Nasenatmung	4.) 1955 operative Entfernung einer Geschwulst am Rückgrat, ist nicht arbeitsfähig, kann jedoch nach seiner Mitteilung vom 11.2.65 mit Gehstock Spaziergänge unternehmen.

11. Fall:

A:	B:	C:
1.) R. Alois	1.) 6 Monate	1.) Epipharynxcarcinom
2.) 49 Jhr.	2.) 3 Monate	2.) Operation, Verkochung, Radiumeinlage
3.) Facharzt f. HNO	3.) Kopfschmerzen, Nasenblutung	3.) Tumorschädel
4.) 1.3.54	4.) Behinderung der Nasenatmung, Gewichtsabnahme, Nasenbluten, Kopfschmerzen, Doppelbilder, Sehnervenatrophie, m. Exophthalmus	4.) Lt. Mitteilg. d. Post Empfänger unbekannt verzogen.

12. Fall:

A:	B:	C:
1.) W. Stephan	1.) 6 Monate	1.) Verhornendes Plattenepithelcarcinom
2.) 73 Jhr.	2.) 6 Monate	2.) Operation u. Verkochung des Tumores u. Radiumeinlage
3.) prakt. Arzt	3.) Nasenblutung	3.) -
4.) 2.3.54	4.) Schluckbeschwerden, schlecht durchgängige Nasenpassage, Gewichtsabnahme, einseitige Kopfschmerzen	4.) 12 Tage nach der Operation infolge Bronchopneumonie exitus.

13. Fall:

A:	B:	C:
1.) K. Johann	1.) ca. 3 Monate	1.) Retothelsarkom
2.) 62 Jhr.	2.) 6 Wochen	2.) Röntgenbestrahlung
3.) prakt. Arzt	3.) Heiserkeit	3.) im Bereich der Halslymphdrüsen
4.) 8.4.54	4.) Behinderung der Nasenatmung, Hinterkopfschmerzen, Halsschwellung	4.) Verstorben 21.5.54

14. Fall:

A:

1.) S. Adelheid

2.) 72 Jhr.

3.) Facharzt HNO

4.) 22.6.54

B:

1.) 4 Wochen

2.) 3 Wochen

3.) Schwellung an der re. Halsseite

4.) Schwerhörigkiet, Ohrenschmerzen, welche auch in die seitl. Halspartien ausstrahlen, Schwellung a.d. re. Halsseite

C:

1.) Reticuliertensarkom

2.) Röntgenbestrahlung 6816 r/t, entspricht etwa 5243 r(t) am Herd

3.) Halsdrüsenmetastasen

4.) Am 11.10.61 an Gehirnschlag verstorben.

15. Fall:

A:

1.) S. Alois

2.) 46 Jhr.

3.) Facharzt HNO

4.) 26.4.54

B:

1.) 3 Monate

2.) 2 Monate

3.) Drüsenschwellung a.d. li. Halsseite

4.) Verhinderung der Nasenatmung li., Kopfschmerzen, Halsschwellung

C:

1.) Plattenepithelcarcinom

2.) Röntgenbestrahlung auf re. u. li. Nasenwangenfeld je 2000, auf das re. u. li. seitl Nasenwangenfeld je 1800 r/o, auf Metastasengebiet je 4320 r/o, entspricht 1/2 der geplanten Bestrahlung.
Patient kommt nicht mehr, dadurch Bestrahlung abgesetzt.

3.) Beiderseitige Halslymphdrüsenmetastasen

4.) Am 11.10.61 an Gehirnschlag verstorben.

16. Fall:

A:	B:	C:
1.) H. Helene	1.) 1 Jahr	1.) Epipharynxcarcinom
2.) 78 Jhr.	2.) 4 Monate	2.) 22.7.54 wegen starker Blutung re. Carotis externa unterbunden, Blutung aufgehört,
3.) prakt. Arzt	3.) Nasenblutung	3.) -
4.) 21.6.54	4.) Gewichtsabnahme sickernde Blutung a. Epipharynx, Kopfschmerzen	4.) 3.8.54 bei hochgradiger Kachexie am Herz u. Kreislauf ad exitus.

NB: 1952 Mammacarcinom. Bei dem Epipharynxcarcinom handelt es sich wahrscheinlich um Metastasen des früher bestrahlten Mammacarcinoms.

17. Fall:

A:	B:	C:
1.) P. Berthold	1.) 1 Jahr	1.) Nicht verhornendes Plattenepithelcarcinom
2.) 56 Jhr.	2.) 4 Monate	2.) Operation: Primärtumor u. Drüsenmetastasen wurden ausgeräumt. In dem Epipharynx wurde Radium eingelegt (1000 mgh) Rö-Bestrahlung i. Vierfeld je 2600 r/o entspricht 4918 r/t. An der li. Halsseite je 2400 r/o entspricht 4128 r/t, Halsfeld 2400 r/o.
3.) Universitätsnervenklinik München	3.) Gewichtsabnahme Schwindelzustand Kopfschmerzen	3.) Halsdrüsenmetastasen
4.) 2.8.54	4.) Heiserkeit, Nasenblutung, Behinderung d. Nasenatmung, linksseitige Kopfschmerzen, linkss. Schwerhörigkeit, li. Recurrens- u. Hypoglossusparese, Halsschwellung, Sehvermögen d. li. Auge herabgesetzt	4.) -

18. Fall:

A:	B:	C:
1.) W. Franz	1.) 2 Jahre	1.) Epipharynxcarcinom
2.) 58 Jhr.	2.) 1 Jahr	2.) Bestrahlung i. Vierfeld je 2400 entspr. etwa 5996 r/t, auf den Hals ins direkte Feld 2400 r entspricht 4344 r/t
3.) prakt. Arzt	3.) Halsdrüsenschwellung	3.) Halsdrüsenmetastasen
4.) 15.11.53	4.) Gewichtsabnahme, Heiserkeit, Nasenblutung, Kopfschmerzen, Schwellung i.d. re. Parotisgegend	4.) Am 22.3.54 exitus.

19. Fall:

A:	B:	C:
1.) B. Emma	1.) 6 Wochen	1.) Retothelsarkom
2.) 78 Jhr.	2.) 2 Wochen	2.) Rö-Bestrahlung auf Vierfeld je 2200 r/o entspr. 3960 r/t, auf das Schulterfeld vorne, hinten u. oben je 1800 r/o, wegen kleinen Drüsenmetastasen a.d. re. Achselfeld 1800 r/o
3.) Facharzt HNO	3.) Schluckbeschwerden	3.) Halsdrüsenmetastasen, Achseldrüsenmetastasen
4.) 2.2.56	4.) Behinderung d. Nasenatmung, katarrhische Erscheinungen, Hörstörung re., Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit, apfelgroßer Tumor im Bereich d. r. re. Kieferwinkels.	4.) Am 1.7.56 i. Altersheim St. Martin verstorben.

20. Fall:

A:	B:	C:
1.) F. Josef	1.) 2 Jhr.	1.) Retothelsarkom
2.) 61 Jhr.	2.) 8 Wochen	2.) Bestrahlung auf Vierfeld je 2600 r/o entspr. 6500 r/t
3.) Facharzt HNO	3.) Ohrbeschwerden	3.) Halsdrüsenmetastasen re.
4.) 7.2.55	4.) Kopfschmerzen, Ohrbeschwerden, Behinderung der Nasenatmung, schlechtes Allgemeinbefinden, Halsschwellung	4.) 2.3.55 Untersuchung Epipharynx unauffällig. Vor einigen Jahren verstorben.

21. Fall:

A:	B:	C:
1.) H. Hermine	1.) 6 Monate	1.) Unreifes Plattenepithelcarcinom
2.) 48 Jhr.	2.) 1 1/2 Monate	2.) Rö-Bestrahlung a. d. re. Nasenwangenfeld 600 r/o, a. li. Nasenwangenfeld sowie a. d. li. u. re. seitl. Wangenfeld je 1400 r/o, a. d. re. Halsfeld 3120 r/o. Wegen des schlechten Befindens der Patientin mußte die Bestrahlung abgesetzt werden.
3.) Universitätsnervenklinik München	3.) Mittelohreiterung, verschlechtertes Hörvermögen	3.) Halsdrüsenmetastasen Hirnmetastasen?
4.) 21.2.55	4.) Kopfschmerzen, basales Hirnnervsyndrom m. Trigeminusstörung, Abducensausfall, Liquorveränderungen, Exophthalmus, Eiterausfluß aus Nase re. Halsdrüsenmetastasen	4.) Lt. Mitteilung der Post verstorben.

22. Fall:

A:

1.) M. Andreas

2.) 54 Jhr.

3.) Facharzt HNO

4.) 25. 10. 54

B:

1.) 5 Monate

2.) 3 Monate

3.) Behinderung der Nasenatmung

4.) Klopfende und stechende Schmerzen in beiden Ohren, Kopfschmerzen hinter den Ohren, i. d. Stirn u. Schädelgegend li., Schluckbeschwerden, Nachlassen d. Hörvermögen li., Kachexie, Hornersche Symptome li. Drüsenschwellung am Hals.

C:

1.) Retothelsarkom

2.) Rö-Bestrahlung auf d. re. u. li. Nasenwangenfeld je 3100 r/o, sowie a. d. re. seitlichen Wangenfeld 3000 r/o entspr. etwa 4830 r/t am Herd, a. d. re. u. li. Halsfeld je 4800 r/o.

3.) Halsdrüsenmetastasen a. d. li. Seite.

4.) Untersuchung 24. 2. 55, Epipharynx unauffällig

3. 5. 55 verstorben

24. Fall:

A:

1.) M. Josefa

2.) 60 Jhr.

3.) Krkhs. Tutzing

4.) 14.3.55

B:

1.) 1 Jhr.

2.) 7 Monate

3.) Kopfschmerzen

4.) Kraftlosigkeit, Gewichtsabnahme, starke Kopfschmerzen i. re. Kopfhälfte, Schmerzen i. re. Arm, Hornersche Syndron, Hypoglossusparese u. Gaumensegelparese mit Abweichung der Zunge nach re., eine ausgedehnte Facialisschwäche re., Cervikalissyndrom. Schluckbeschwerden.

C:

1.) Unreifes Plattenepithelcarcinom

2.) Rö-Bestrahlung auf li. u. re. Nasenwangenfeld je 4600 r/o entspr. 2015 r/t. Auf die beiderseitigen Wangenfelder je 664 r/t, damit insges. 4679 r/t. Wegen schlechtem Allgemeinbefinden wurde die Rö-Bestrahlung abgesetzt.

3.) -

4.) Verstorben. 16.8.55 Blutsturz.

25. Fall:

A:

1.) M. Michael

2.) 51 Jhr.

3.) Nervenklinik München

4.) 31.5.55

B:

1.) Unbekannt

2.) 2 Monate

3.) Schluckbeschwerden

4.) Schwere Schluckbeschwerden, Schwerhörigkeit, Gew.-Abn. Hirnnervsymptome: positive Hornersche li., Abducensparese li., zentrale Facialisparese li., sensible u. motorische Terigeminusausfall li. u. eine Hypoglossusparese re.

C:

1.) Undifferenziertes Plattenepithelcarcinom

2.) Rö-Bestrahlung Dosis unbekannt

3.) Beiderseits Metastasen im Bereich der Halsseiten.

4.) Am 5.2.56 verstorben.

26. Fall:

A:

1.) D. Jakob

2.) 68 Jhr.

3.) Facharzt HNO

4.) 3.6.55

B:

1.) 4 Wochen

2.) 6 Monate

3.) Schluckbeschwerden schlechte Luftdurchgängigkeit i. d. Nase.

4.) Schluckbeschwerden, schlechte Luftdurchgängigkeit i. d. Nase, Nasenblutung, Kopfschmerzen.

C:

1.) Retothelsarkom

2.) Rö-Bestrahlung i. Vierfeldern je 3100 r/o entspr. dies einer Herddosis von 6000 r/o mit Berücksichtigung des Zeitfaktors entspr. 4620 r/t. Die Halsfelder beiderseits je 3120 r/o.

3.) Lymphdrüsenmetastasen beiderseits.

4.) Am 31.12.57 verstorben.

27. Fall:

A:

1.) M. Viktoria

2.) 51 Jhr.

3.) Facharzt HNO

4.) 29.8.55

B:

1.) 4 Wochen

2.) 2 Monate

3.) Schwerhörigkeit re.

4.) Kopfschmerzen, Schwellung der li. Gesichtshälfte u. Halsdrüse.

C:

1.) Sarkom

2.) Rö-Bestrahlung auf 4 Felder je 2200 r/o entspr. 5100 r/t u. auf re. u. li. Halsfeld je 2400 r/o.

3.) Li. u. re. Axilla (pathologischer Befund: großzellig, rundzellig Sarkom. Bauchdrüsenmetastasen.

4.) Die Drüsenmetastasen i. Oberbauch haben sich i. d. letzten Zeit so stark vergrößert, so daß eine Nahrungsaufnahme unmöglich war. Erheblich. Gew. Verl. Exitus 9.12.56.

28. Fall:

A:

1.) L. Maria

2.) 36 Jhr.

3.) Krkhs. Ulm
Facharzt HNO

4.) 2.9.55

B:

1.) 3-4 Wochen

2.) 5 Wochen

3.) Trigeminusneuralgie, Abducensparese 7 Wochen v.d. Aufnahme

4.) Schwerhörigkeit li., Kieferklemme, Schwellung in beiden Kiefern, Abducensparese, geringe Protrusio bulbi, Tumor hinter dem Gaumenbogen.

C:

1.) Retothelsarkom

2.) Rö-Bestrahlung a. re. u. li. Nasenwangenfeld je 2000 r/o, sowie a.d. re. u. li. Halswangenfeld je 3800 r/o, entspr. einer Dosis von ca. 5500 r/t.

3.) -

4.) Am 29.5.56 im Krankenhaus Ulm verstorben.

29. Fall:

A:

1.) St. Nikolaus

2.) 65 Jhr.

3.) Facharzt HNO

4.) 8.6.56

B:

1.) 14 Monate

2.) 8 Monate

3.) Schlechte Nasendurchgängigkeit

4.) Nasenblutung, Halsdrüsenschwellung, Abducensparese li., Kopfschmerzen

C:

1.) Unreifes Plattenepithelcarcinom

2.) Operation, Verkochung, Bestrahlung li. u. re. Nasenwangenfeld u. re. u. li. seitl. Nasenwangenfeld je 2400 r/o, entspr. bei Berücksichtigung des Zeitfaktors einer Herddosis 3883 r/t.

3.) Metastasen i. li. Halsbereich.

4.) Pat. ist nicht zu ermitteln.

30. Fall:

A:	B:	C:
1.) R. Magdalena	1.) 13 Monate	1.) Nicht verhornendes Plattenepithelcarc.
2.) 52 Jhr.	2.) 2 Monate	2.) Rö-Bestrahlung auf 4 Felder je 2400 r/o, was bei Berücksichtigung d. Zeitfaktors einer Herddosis von 4425 r/t entspricht, zusätzl. auf li. u. re. Halsfeld je tangential v. vorne u. v. hinten 2200 r/o, Wiederbestrahlung v. 12.7. mit 30.7.56 a. d. re. seitl. Wangenfeld 540 r/o.
3.) Univ. Klinik München	3.) Kopfschmerzen, harte derbe Schwellung a. d. re. Halsseite.	3.) Ausgedehnte Halslymphdrüsenmetastasen, (Destruktion der Schädelbasis und einwachsender Tumor i. d. Keilbeinhöhle wurde vermutet).
4.) 25.4.55	4.) Leichte Protrusio bulbi re., Abducens- u. Facialisparese, die Zunge weicht nach re. ab, derber Tumor i. li. u. re. Halsseite, li. deutl. ausgeprägt, Gew.-Abnahme, Doppelbilder, halbseitige Kopfschmerzen, Hypoglossusschwäche, Ausfall des Accesorius m. Atrophie des oberen Teiles d. Trapezius, Trigeminus 2 u. 3 re. stark druckschmerzhaft.	4.) 17.3.57 verstorben.

31. Fall:

A:	B:	C:
1.) K. Erna	1.) 3 Monate	1.) Retothelsarkom
2.) 35 Jhr.	2.) 4 Wochen	2.) Auf li. u. re. Nasenwangenfeld u. li. u. re. seitl. Wangenfeld je 2200 r/o entspr. einer Herddosis von 4900 r/t die Halsdrüsenmetastasen beiders. mit je 2640 r/o
3.) Facharzt HNO	3.) Derbe Schwellung a. d. li. Halsseite	3.) Beiderseitige Halsdrüsenmetastasen
4.) 26.6.55	4.) Beiderseits Halsschwellung, schlechte Luftdurchgängigkeit, Kopfschmerzen	

32. Fall:

A:	B:	C:
1.) E. Maria	1.) 9 Monate	1.) Nicht verhornendes Plattenepithelcarcinom
2.) 45 Jhr.	2.) 6 Monate	2.) Rö-Bestr. a. re. u. li. Nasenwangenfeld, li. u. re. seitl. Wangenfeld je 2800 r/o, entspr. einer Herddosis 5300 r/t, zusätzl. a. re. Halsfeld 3120 r/o.
3.) Facharzt HNO	3.) Schwerhörigkeit, seit 3 Monaten Kopfschmerzen	3.) Halsdrüsenmetastasen re. Cerebralmetastasen u. zwar re. basal nach frontal zuwachsend (Nervenklinik d. EEG)
4.) 12.7.56	4.) Kopfschmerzen, Halsschwellung re., Schwerhörigkeit, protusio bulbi re., re. Lidspalt geringer als li., Pupillenreaktion auf L u. C träge, psychisch deutl. Wesen verändert, Lagorrhoisch.	4.) Pat. ist nicht zu ermitteln.

NB: Am 2.8.56 wurden die Halsdrüsenmetastasen entfernt, pathologischer Befund ergab: Nicht verhornendes Plattenepithelcarcinom.

33. Fall:

A:	B:	C:
1.) P. Ernst	1.) 2 Monate	1.) Retothelsarkom
2.) 19 Jhr.	2.) 2 Wochen	2.) Rö-Strahlen a. d. re. u. li. Nasenwangenfeld u. re. u. li. seitl. Wangenfeld je 2800 r/o entspr. einer Herddosis v. 5376 r/t auf regionäre Drüse d. li. u. re. Halsfeldes je 3120 r/o.
3.) HNO-Facharzt	3.) Behinderung der Nasenatmung	3.) Beiderseitige Halsdrüsenmetastasen.
4.) 2.8.56	4.) Schwerhörigkeit li., behinderte Nasenatmung, schleimiger, eitriger Schnupfen, Schmerzen i. d. Augen, Drüsenschwellung li. Hals	4.) Lt. Mitt. d. Post verstorben

34. Fall:

A:

1.) R. Hermann

2.) 48 Jhr.

3.) Facharzt HNO

4.) 22.8.56

B:

1.) 8 Monate

2.) 4 Monate

3.) Behinderung d. Nasenatmung

4.) Nasenblutung, Schmerzen i. re. Ohr, oft Nasenverstopfung, Kopfschmerzen

C:

1.) Retothelsarkom

2.) Rö-Bestrahlung a. 4 Felder je 3000 r/o entspr. Herddosis 4570 r/t.

3.) -

4.) Lt. Mitteilg. d. Pat. vom 1.2.65 ist sein Befinden relativ zufriedenstellend, jedoch macht ihm der Rö-Kater zu schaffen.

35. Fall:

A:

1.) W. Paul

2.) 31 Jhr.

3.) HNO

4.) 2.8.56

B:

1.) 6 Monate

2.) 8 Wochen

3.) Nasenkatarrh

4.) Kopfschmerzen ü. d. Stirne, Nasenkatarrh

C:

1.) Melanoplastom

2.) Zytostatika

3.) Metastasen v. Melanoplastom a. hinteren Ende der li. unt. Muschel u. Epipharynx

4.) Der Patient wurde wegen intrakranialem Prozeß i. d. Nervenklinik verlegt.
13.8.57 verstorben.

36. Fall:

A:

1.) R. Magdalena

2.) 73 Jhr.

3.) Zahnarzt

4.) 14.9.56

B:

1.) 10 Monate

2.) 6 Monate

3.) Schluckbeschwerden, schlechter Allgemeinzustand, Zahnschmerzen

4.) Schluckbeschwerden starker Foetor ex ore, Kopfschmerzen, schlechte Nasendurchgängigkeit

C:

1.) Retothelsarkom

2.) Bestrahlung a. re. Wangen-Halsfeld 2600 r/o, auf li. 2400 r/o, entspr. Herddosis 3400 r/t. Wegen schlechtem Allgemeinzustand u. Abfallen der Leucozyten mußte die Bestrahlung abgesetzt werden.

3.) -

4.) Am 22.12.56 ad exitum.

NB: 1955 Mammaamputation links.

37. Fall:

A:

1.) R. Karl

2.) 39 Jhr.

3.) prakt. Arzt

4.) 19.8.55
Wiederaufn.
27.12.56

B:

1.) 2 Monate

2.) 4 Monate

3.) Eitriger Nasenausfluß, Sinusitis maxillaris

4.) Nasenausfluß (eitr.) Schwerhörigkeit, Kopfschmerzen, Schluckbeschwerden.

C:

1.) Rundzelliges Sarkom

2.) Rö-Strahlen auf 4 Wangenfelder je 2200 r/o, entspr. einer Herddosis von ca. 5600 r/t (Zeit v. 8.9. mit 5.10.55) Wieder Rö. (v. 6. mit 22.12.56) auf das li. Parotisfeld insges. 3360 r/o (wegen Drüsenrezidiv a. d. li. Glandula parotis)

3.) Glandular parotis

4.)

38. Fall:

A:

1.) M. Paula

2.) 78 Jhr.

3.) Facharzt HNO

4.) 16.1.57

B:

1.) 1 Monat

2.) 2 Wochen

3.) Schwerhörigkeit

4.) Schlechter Geschmack i. Mund, Nasenblutung, Schwerhörigkeit, Protrusio bulbi re.

C:

1.) Retothelsarkom

2.) Rö-Strahlen: Die Rö-Str. mußten vorzeitig abgebrochen werden wegen Auftreten einer absoluten Arrhythmie.

3.) -

4.) Lt. Mitteilung von Prof. Hennig, Augsburg vor Jahren verst.

39. Fall:

A:

1.) R. Anton

2.) 63 Jhr.

3.) Fachärztin HNO

4.) 21.1.57

B:

1.) Vor 4 Jhr. chron. Nasenkatarrh, 1955 Deviatio septi.

2.) 2 Monate

3.) Seit 1 Jahr walnußgroße derbe Drüse am Hals

4.) Doppelbilder li. Facialisparese, Halsdrüsenschwellung re. Ptosis d. oberen Lides li. Exophthalmus, Augenmuskellähmungen mit Einschränkung d. Bulbus Sensibilität i. Bereich 1. u. 2. Trigeminusast li. herabgesetzt.

C:

1.) Retothelsarkom

2.) Operation, Rö-Strahlen (Halsdrüsenextirpation) Dosis unbekannt.

3.) Halsdrüsenmetastasen

4.) Exitus am 6.12.58

40. Fall:

A:

1.) H. Mario

2.) 56 Jahre

3.) Facharzt HNO

4.) 12.2.57

B:

1.) 3 Monate

2.) 4 Wochen

3.) Herabsetzg. des Hörvermögens li.

4.) Behinderung d. Nasendurchgängigkeit, Lymphdrüsenschwellung li. u. re., Schwerhörigkeit li.

C:

1.) Retothelsarkom

2.) Rö-Strahlen auf 4 Felder Epipharynx u. Halslymphdrüsen li. ca. 4000 r/o, was einer Herddosis von 6000 r/t am Tumor u. 3500 r a. d. Drüse entspricht.

3.) Halsdrüsenmetastasen re. u. links

4.) 5.9.57 verstorben.

41. Fall:

A:

1.) V. Xaver

2.) 64 Jhr.

3.) Facharzt HNO

4.) 6.3.57

B:

1.) 3 Monate

2.) 1 Monat

3.) Kopfschmerzen, Schluckbeschwerden

4.) Kopfschmerzen, schlechte Nasendurchgängigkeit, Schluckbeschwerden

C:

1.) Retothelsarkom

2.) Rö-Strahlen, Menge unbekannt wegen Verschlechterung des Allgemeinzustandes während der Bestrahlung, mußte diese abgesetzt werden.

3.) -

4.) 7.5.58 verstorben.

42. Fall:

A:

1.) G. Franziska

2.) 62 Jhr.

3.) Facharzt HNO

4.) 20.12.55
Wiederaufnahme
am 16.3.56

B:

1.) 10 Monate

2.) 4 Monate

3.) Behinderung
der Nasenatmung

4.) Schleimiger Katarrh
aus der re. Nase,
Schwerhörigkeit,
Halsdrüsenschwel-
lung, Behinderung
d. Nasenatmung

C:

1.) Retothelsarkom

2.) Rö-Strahlen (27.12.55
mit 25.1.56) auf
4 Wangenfelder je
2500 r/o, entspr.
einer Herddosis von
4900 r/t.
Wieder-Röntgen
(v.24.5.-6.6.56)
insgesamt 2000 r/o
auf Drüsenmetasta-
sen i. Bereich d. re.
Halsseite.

3.) Halsdrüsenmetastasen

4.) Am 2.3.61 verstorben.

43. Fall:

A:

1.) M. Balbine

2.) 58 Jhr.

3.) prakt. Arzt

4.) 27.6.55
Wiederaufn.
28.6.57

B:

1.) 3 Wochen

2.) 6 Wochen

3.) Lymphdrüsen-
schwellung li.
Halsseite

4.) Katarrh, Erschei-
nungen, Anisokorie,
Kopfschmerzen,
Schluckbeschwerden,
Schmerzen i. li.
Halsseite, geringe
Erweiterung d. li.
Pupille

C:

1.) Retothelsarkom

2.) Rö-Str., Operation.
(i.d.Zeit v.4.7.-
20.8.55) auf d. re. u.
li. Nasenwangenfeld je
2000 r/o, auf beide seitl.
Wangenfelder je 1800
r/o entspr. 3900 r/t,
Halsdrüsen mit je
1920 r/o bestrahlt.
(v.20.2. m.14.3.58)
a. d. li. Halsfeld 4800
r/o, entspr. einer Herd-
dosis v. etwa 4300 r/t.
15.9.59 wegen eines
Rezidivs Bestrahlung.

Fortsetzung des Falles 43 von Seite 52

C:

v. 6.7. mit 28.8.59 auf das re. Halsfeld von vorne u. von hinten je 3200 r/o sowie auf das submentale Feld 3000 r/o. Wegen Metastasen i.d. li. Axilla v. vorne u. v. hinten je 2800 r/o.

3.) Halsdrüsenmetastasen, Metastasen i.d. li. Axilla

4.) 1959 verstorben.

44. Fall:

A:

1.) B. Raimund

2.) 59 Jhr.

3.) Facharzt HNO

4.) 21.8.57

B:

1.) 9 Monate

2.) 5 Monate

3.) Gewichtsabnahme, Schwerhörigkeit

4.) Heiserkeit, Gewichtsabnahme, Halsdrüsenschwellung, Schwerhöirgkeit, Nasenblutung

C:

1.) Nicht verhornendes Plattenepithelcarcinom

2.) Wegen schlechtem AB u. wegen Hypertonie u. Lungenemphysem Herzhypertrophie war eine Operation unmöglich. Rö-Strahlen v. 28.8.-24.9.57 auf d. 4 Nasenwangenfelder eine Dosis v. insges. 5200 r/t.

3.) Halsdrüsenmetastasen

4.) Am 4.11.57 verstorben.

45. Fall:

A:	B:	C:
1.) G. Sophie	1.) 2 Monate	1.) Lymphoretikuläres Sarkom
2.) 67 Jhr.	2.) 4 Monate	2.) Rö-Strahlen auf das re. u. li. Nasenwangenfeld je 2400 r/o, auf das seitl. Nasenwangenfeld je 2200 r/o entspr. einer Herddosis von 5460 r/t. Wegen subfasialer Phlegmone der li. Halsseite i. Kreiskrankenhaus eine Rö-Bestrahlung auf d. li. Halsseite durchgeführt.
3.) Krankenhaus (Kreiskrankenhaus)	3.) Schwerhörigkeit li.	3.) -
4.) 14.9.57	4.) Schlechte Nasendurchgängigkeit, Nasenblutung, Schwerhörigkeit	4.) Mitteilung der Pat. v. 15.2.65, es geht ihr noch nicht besser.

46. Fall:

A:	B:	C:
1.) B. Peter	1.) 7 Monate	1.) Retothelsarkom
2.) 48 Jhr.	2.) 2 Monate	2.) Rö-Strahlen auf 3 Felder insges. 3500 r/t.
3.) Facharzt HNO	3.) Halsschwellung, Schluckbeschwerden, Verhinderung der Nasenatmung	3.) Halsdrüsenmetastasen, re. Axilla
4.) 27.11.57	4.) Schluckbeschwerden, Verhinderung d. Nasenatmung, kirschgroße Drüse im Bereich d. re. Axilla, Geschwulst a. beid. Halsseit.	4.) verstorben am 4.3.62.

47. Fall:

A:

1.) T. Johann

2.) 56 Jhr.

3.) Facharzt HNO

4.) 13.1.56
Wiederaufnahme
14.1.58

NB: Operation
6.2.56 (nicht
verhorn. Platten-
epithelcarcinom
v. Epipharynx aus
sowohl i. d. Nase-
u. Kieferhöhle,
als auch i. d. li.
Orbita u. Schädel-
basis vorgedrungen.
Das li. Auge wurde
damals enucleiert.

B:

1.) 6 Monate

2.) 2 Monate

3.) Kopfschmerzen
ü. d. li. Stirn

4.) Behinderung d. Na-
senatmung, Schwel-
lung d. li. Halsseite,
Gew.-Abn., Augen-
untersuchung: der
Tumor scheint be-
reits infiltrierend
i. d. Schädelbasis ge-
wachsen zu sein u.
hat bereits den li.
Opticus angegriffen.

C:

1.) Nicht verhornendes
Plattenepithelcarcinom

2.) Operative Entfernung,
Tumor i. Intubationsnar-
kose. Rö-Strahlen auf
d. re. u. li. Nasenwan-
genfeld sowie beider-
seits seitlich je 2000
r/o, entstr. einer Herd-
dosis v. 4860 r/t beider-
seits auf die Halsdrüsen
je 2400 r/o. Am
14.1.58 wurde Tumor-
rezidiv festgestellt.

3.) Halsdrüsenmetastasen,
Schädelbasismetastasen

4.) Am 1.6.58 verstorben.

48. Fall:

A:

1.) S. Anton

2.) 62 Jhr.

3.) Facharzt HNO

4.) 15.1.58

B:

1.) 3 Monate

2.) 7 Monate

3.) Halsdrüsenschwel-
lung

4.) Behinderung der
Nasendurchgängig-
keit, Kopfschmer-
zen, Nasenblutung,
Halsdrüsenschwellg.

C:

1.) Nichtverhornendes
Plattenepithelcarcinom

2.) Operation u. Rö-Strah-
len, eine Volltumorver-
nichtungsdosis von ca.
6000 r/t u. zwar a. d.
re. u. li. sowie seitl.
Nasenwangenfeld je
2200 r/o u. a. d. re.
Halsfeld u. li. je
3120 r/o.

3.) Halsdrüsenmetastasen

4.) Sept. 61 an Herzschlag
verstorben.

49. Fall:

A:	B:	C:
1.) F. Elisabeth	1.) 6 Monate	1.) Nicht verhornendes Plattenepithelcarcinom
2.) 31 Jhr.	2.) 6 Monate	2.) Operation, Rö-Strahlen v. 17.10.-12.11.57 auf 4 Felder (Nasenwangenfeld) je 2200 r/o, entspr. etwa 4800 r/t. Wiederuntersuchung am 8.7.58 kein Tumor nachweisbar.
3.) Facharzt HNO	3.) Behinderung d. Nasenatmung	3.) Halsdrüsenmetastasen
4.) 17.9.57 Wiederaufnahme 4.7.58	4.) Nasenblutung, eitr. Katarrh, Schwellung a. li. Halsseite.	4.)

50. Fall:

A:	B:	C:
1.) Sch. Paul	1.) 2 Monate	1.) Lymphoepithelialer Tumor (Schmincke)
2.) 31 Jhr.	2.) 1 Monat	2.) Bestrahlung-Rö., Menge unbekannt
3.) Facharzt HNO	3.) Kopfschmerzen	3.)
4.) 12.3.58	4.) Doppelbilder, Abducensparese, Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Nasenkatarrh, Schluckbeschwerden, Facialisparese	4.)

NB: Untersuchung am 12.4.60,
Kein Anhalt für Rezidiv.

51. Fall:

A:	B:	C:
1.) O. Friedrich	1.) 4 Wochen	1.) Lymphoreticuläres Sarkom
2.) 71 Jhr.	2.) 4 Wochen	2.) Rö-Strahlen, Menge unbekannt auf 6 Felder eine ausreichende Tumorvernichtungsdosis
3.) Facharzt HNO	3.) Behinderung d. Nasenatmung	3.) Beiderseitige Halsdrüsenmetastasen
4.) 8.12.58	4.) Drüsenschwellung an beiden Halsseiten, Behinderung, Nasenatmung, Nasenblutung.	4.) Am 11.5.59 verstorben.

52. Fall:

A:	B:	C:
1.) L. Ludwig	1.) 2 Wochen	1.) Zylindrom
2.) 72 Jhr.	2.) 1 Woche	2.) 1956 operative Ausräumung des Tumors, 1959 rezidiv, Operatiom am 6.2.59
3.) Facharzt HNO	3.) Behinderung d. Nasenatmung	3.) Tumorrezidiv im Bereich der Schädelbasis, u. i. d. re. Kieferhöhle.
4.) 6.3.56 Wiederaufn. 12.1.59	4.) Gewichtsabnahme, Behinderung, Nasenatmung, eiterige katarrh. Erscheinungen. Seit 16.1.59 auf re. Auge blind; diese Amourose ist durch einwachsenden Tumor in der Orbita zustande gekommen.	4.) Ist nach eigener Mitteilung vom 6.3.65 wieder gesund.

53. Fall:

A:	B:	C:
1.) W. Anton	1.) 3 Monate	1.) Unreifes Carcinoma solidum
2.) 47 Jhr.	2.) 4 Monate	2.) Rö-Strahlen, Menge unbekannt
3.) Facharzt HNO	3.) Heiserkeit	3.) -
4.) 4.5.59	4.) Schluckbeschwerden, Heiserkeit, schlechte Nasendurchgängigkeit, Nasenblutung	4.) Am 29.10.62 Operation i.d. Urolog. Klinik in Ulm an Geschwür am Harnleiter, Entfernung der li. Niere. Am 9.1.64 verstorben.

NB: 19.7.62 Untersuchung: Proceexcision kein Anhalt für Rezidiv.

54. Fall:

A:	B:	C:
1.) Z. Anna	1.) mehrere Wochen	1.) Carcinoma solidum
2.) 72 Jhr.	2.) 2 Monate	2.) Rö-Strahlen, auf das re. u. li. Nasenwangenfeld je 3000 r/o, auf das re. seitl. Wangenfeld 3000 r/o, auf das li. seitl. Wangenfeld 2800 r/o, entspr. einer Herddosis von 4430 r/t.
3.) Facharzt HNO	3.) Herabsetzung des Hörvermögens re.	3.) -
4.) 25.5.59	4.) Behinderung, Nasenatmung, Schwerhörigkeit re. Ohr, Gew.-Abnahme, schlechte Nasendurchgängigkeit	4.) Exitus am 17.7.59.

NB: Laut Sektionsbefund starb die Patientin an einer massiven Lungenembolie.

55. Fall:

A:	B:	C:
1.) P. Georg	1.) 6 Monate	1.) Lympho-retikuläres Sarkom
2.) 23 Jhr.	2.) 6 Monate	2.) Rö-Strahlen, Menge unbekannt.
3.) Facharzt HNO	3.) Halsschwellung	3.) -
4.) 1.9.59	4.) Heiserkeit, Behinderung d. Nasendurchgängigkeit, Nasenblutung, Schwellung an d. re. Halsseite	4.)

56. Fall:

A:	B:	C:
1.) H. Ludwig	1.) 4 Monate	1.) Plattenepithelcarcinom
2.) 65 Jhr.	2.) 4 Monate	2.) Bestrahlung auf 4 Felder je 2600 r/o, entspr. einer Herddosis von 5200 r/t, auf re. Halsseite 2400 r/o, auf li. Halsseite 3000 r/o.
3.) Facharzt HNO	3.) Halsschwellung	3.) Halsdrüsenmetastasen
4.) 30.8.59	4.) Halsschwellung, Heiserkeit, Behinderung d. Nasenatmung, Gewichtsabnahme.	4.) 18.7.62 verstorben.

57. Fall:

A:

1.) CH. Walburga

2.) 57 Jhr.

3.) prakt. Arzt

4.) 21.12.59

B:

1.) 6 Monate

2.) 8 Monate

3.) Gewichtsabnahme, schlechter Appetit

4.) Schwindelzustände, Schwellg. li. Halsseite, Hornersches Symptom li., linksseitige Abducenschwäche, Schwerhörigkeit li., Gew.-Verlust, Ptosis, Hypaestesie i. Bereich des 1. Trigeminusastes, Doppelbilder, Einschränkung des Blickfeldes, Occulomotoriusschwäche

C:

1.) Zylindrom

2.) Operation

3.)

4.) 15.11.60 verstorben

58. Fall:

A:

1.) Sch. V.

2.) 71 Jhr.

3.) Facharzt HNO

4.) 12.5.60

B:

1.) 4 Monate

2.) 8 Monate

3.) Starker Halsschmerz, Fremdkörpergefühl i. Hals

4.) Halsschwellung, schlechte Nasendurchgängigkeit, Heiserkeit

C:

1.) Plattenepithelcarc.

2.) Rö-Strahlen auf 4 Felder je 2800 r/o entspr. einer Herddosis von 4920 r/t, auf d. re. u. li. seitl. Halsfeld insges. 3120 r/o.

3.) Halsdrüsenmetastasen

4.) Lt. Mitteilung der Post verstorben.

59. Fall:

A:	B:	C:
1.) L. Josef	1.) 3 Monate	1.) Lymphoretukuläres Sarkom
2.) 52 Jhr.	2.) 4 Monate	2.) Rö-Strahlen auf das re. u. li. Nasenwangenfeld je 2800 r/o, auf das re. seitl. Nasenwangenfeld 2800 r/o, auf das li. 2600 r/o, entspr. einer Herddosis von 5471 r/t. Wiederbestrahlung am 20.4.60 auf das li. Halsfeld wegen Metastasen von vorne 3400 r/o, hinten 3200 r/o. Pathologischer Befund ergab ein Rundzellsarkom.
3.) Facharzt HNO	3.) Schwerhörigkeit li.	3.) Halsdrüsenmetastasen
4.) 14.9.60	4.) Ohrensausen, Schwerhörigkeit li., Halsdrüsenschwellung, Schmerzen i. d. li. Scheitelgegend, stechende Schmerzen hinter beiden Ohren	4.) 16.9.60 verstorben.

60. Fall:

A:	B:	C:
1.) H. Josef	1.) 6 Wochen	1.) Zylindrom
2.) 51 Jhr.	2.) 4 Wochen	2.) Operation
3.) Facharzt HNO	3.) Schluckbeschwerden	3.) -
4.) 20.2.60	4.) Behinderung d. Nasenatmung, Schluckbeschwerden, Heiserkeit	4.) 1960 Operation, Pat. kommt alle 5-6 Monate zur Nachuntersuchung zur HNO München. Mitteilung v. 22.2.65

61. Fall:

A:

1.) R. Margarethe

2.) 23 Jhr.

3.) Facharzt HNO

4.)

B:

1.) 6 Wochen

2.) 3 Wochen

3.) Halsdrüsenschwellung

4.) Behinderung, Nasenatmung, Nasenblutung, Heiserkeit, Schmerzen im Bereich der Halsseite.

C:

1.) Retikuläres Sarkom

2.) Rö-Strahlen auf 4 Felder je 2400 r/o, entspr. einer Herddosis von 4930 r/t. Wegen starker Hautreaktion wurde von einer weiteren Bestrahlung Abstand genommen.

3.) Halsdrüsenmetastasen

4.) Lt. Mitteilg. d. Post unbekannt verzogen. 15.2.65

62. Fall:

A:

1.) K. Therese

2.) 60 Jhr.

3.) prakt. Arzt

4.) 2.10.61

B:

1.) vor 2 Jhr. Teilresektion li. Brust (Melanoplastom) Carcinom

2.) 2 Wochen

3.) Schwellung re. Gesichtshälfte

4.) Große Metastasen i. li. Leberlappen, Hèmiparese li., re. protrusio bulbi, beiderseitige Aphakie

C:

1.) Hochgradiges entdifferenziertes Carcinom

2.) Rö-Strahlen insges. 6000 r/t

3.) Epipharynx, Lebermetastasen, Mammametastasen

4.) exitus am 4.7.62 Sektion: Todesursache: Eitrige Pyelonephritis

NB: 1959 wurde Mammatumor festgestellt, 1962 wegen Rezidiv Mammabestrahlung.

63. Fall:

A:	B:	C:
1.) K. Helene	1.) 6 Monate	1.) Zylindrom
2.) 39 Jhr.	2.) 4 Monate	2.) Operation
3.) Facharzt HNO	3.) Schlechte Nasendurchgängigkeit, eitr. Katarrh,	3.) Keine Metastasen
4.) 2.9.61	4.) Schlechte Nasendurchgängigkeit, eitr. Katarrh, Ptosis li. Oberlid, Doppelbilder, Occulomotorius-Lähmung, totale Ophthalmoplaegie.	4.)

64. Fall:

A:	B:	C:
1.) R. Josef	1.) 6 Monate	1.) Hochgradiges entdifferenziertes Carcinom
2.) 84 Jhr.	2.) 4 Monate	2.) Rö-Strahlen, Menge unbekannt
3.) Facharzt HNO	3.) Gewichtsabnahme, schlechte Nasendurchgängigkeit	3.) Keine Metastasen
4.) 13.10.61	4.) Nasenblutung, schlechte Nasendurchgängigkeit, Gewichtsabnahme.	4.) Lt. Mitteilung d. Pat. vom 17.2.65 in ambulanter Behandlung in der HNO-Klinik München. Vor 14 Tagen Gewebsentnahme.

65. Fall:

A:	B:	C:
1.) R. Rudolf	1.) 3 Monate	1.) Verhornendes Plattenepithelcarcinom
2.) 58 Jhr.	2.) 1 Monat	2.) Operative Entfernung, Verkochung des Tumors, Bestrahlung
3.) Facharzt HNO	3.) Schluckbeschwerden	3.) -
4.) 13.7.61	4.) Ohrensausen, li., Heiserkeit, Schluckschmerzen, halbseitige Kopfschmerzen, Gewichtsabnahme.	4.) Verstorben am 6.10.61

66. Fall:

A:	B:	C:
1.) N. Hertha	1.) 4 Monate	1.) Entdifferenziertes Carcinom
2.) 51 Jhr.	2.) 9 Monate	2.) Rö-Strahlen, Drüsenextirpation der re. Halsseite 1960, a. d. re. u. li. Halsfeld je 3400 r/o, entspr. einer Herddosis von 5450 r/t, a. re. u. li. Nasenwangenfeld je 3200 r/o, auf beide seitl. je 3000 r/o, entspr. einer Herddosis von 5040 r/t., auf re. supraclavicular Schulterfeld 3360 r/o, wegen Rezidive d. Halsseite a. d. re. vorderen u. hinteren Halsseite je 3400 r/o, entspr. 5440 r/t.
3.) Facharzt HNO	3.) Schluckbeschwerden	3.) Beiderseit. Halsmetast.
4.) 30.1.61	4.) Schwellung d. Halsdrüsen, re. Halsschmerzen, Behinderung der Nasendurchgängigkeit, Nasenblutung.	4.) Verstorben 20.3.61

67. Fall:

A:	B:	C:
1.) K. Iwan	1.) 6 Monate	1.) Entdifferenziertes Plattenepithelcarcinom
2.) 47 Jhr.	2.) 3 Monate	2.) Rö-Strahlen, Menge unbekannt
3.) Facharzt HNO	3.) Schlechte Luftdurchgängigkeit d. Nase	3.) Lymphknotenmetastasen, Lungenmetastasen
4.) 10.2.61	4.) Nasenblutung, Schwerhörigkeit li., Kopfschmerzen, schlechte Nasendurchgängigkeit li., Lungenmetastasen, Lymphknotenmetastasen	4.) Lt. Mitteilung der Post nicht zu ermitteln.

68. Fall:

A:	B:	C:
1.) K. Anna	1.) 2 Monate	1.) Zylindrom
2.) 47 Jhr.	2.) 1 Monat	2.) Operation
3.) Facharzt HNO	3.) Behinderung d. Nasenatmung	3.) -
4.) 22.2.61	4.) Kopfschmerzen, Nasenblutung, Behinderung d. Nasenatmung	4.) Lt. Mitteilung der Pat. vom 17.2.65 sind keinerlei Beschwerden mehr vorhanden.

69. Fall:

A:	B:	C:
1.) G. Maria	1.) 2 Monate	1.) Reticuläres Sarkom
2.) 62 Jhr.	2.) 1 Monat	2.) Rö-Strahlen auf 4 Felder je 2600 r/o, entspr. einer Herddosis v. 5300 r/t.
3.) prakt. Arzt	3.) Halsdrüsenschwellung	3.) Halsdrüsenmetastasen li.
4.) 22.3.61	4.) Behinderung d. Nasenatmung, Kopfschmerzen, Halsschwellung, Ohrenschmerzen	4.) exitus 7.7.61

70. Fall:

A:	B:	C:
1.) M. J.	1.) 6 Monate	1.) Verhornendes Plattenepithelcarcinom
2.) 48 Jhr.	2.) 4 Monate	2.) Radikale Operation, Rö-Strahlen, Menge unbekannt
3.) Facharzt HNO	3.) Kopfschmerzen, Halsschwellung, Gewichtsabnahme, links Schwerhörigkeit	3.) Halsdrüsenmetastasen
4.) 3.4.61		4.) Verstorben am 10.6.61

71. Fall:

A:

1. L. Ludwig

2.) 66 Jhr.

3.) Facharzt HNO

4.) 15.5.61

B:

1.) 7 Monate

2.) 7 Monate

3.) Kopfschmerzen

4.) Nasenblutung, Kopfschmerzen, Behinderung d. Nasendurchgängigkeit, Heiserkeit, Schluckbeschwerden, Halsschwellung

C:

1.) Plattenepithelcarcinom

2.) Operation, Rö-Strahlen des re. Tonsillen-Bettes, des Epi-, Meso-Hypopharynx vom re. u. li. Halsfeld aus u. dabei eine hohe Tumordosis verabfolgt; die Menge unbekannt.

3.) Halsdrüsenmetastasen, re. Tonsille, re. Kieferwinkel

4.)

72. Fall:

A:

1.) G. Josefine

2.) 56 Jhr.

3.) prakt. Arzt

4.) 5.11.59
Wiederaufnahme
21.2.61

B:

1.) 2 Monate

2.) 4 Wochen

3.) Nasenblutung

4.) Nasenkatarrh, Behinderung d. Nasendurchgängigkeit, starke Schmerzen unter den Rippen im Bereich d. Mama u. d. Beckens

C:

1.) Retothelsarkom

2.) Operation, Rö-Strahlen mit Telekobalt-60

3.) im Bereich der Wirbelsäule

4.) 19.4.63 bei Wiederuntersuchung kein Anhalt für Rezidiv im Bereich des Epipharynx.
Verstorben am 20.10.63.

73. Fall:

A:

1.) Z. Georg

2.) 70 Jhr.

3.) Facharzt HNO

4.) 13.4.62

B:

1.) 3 Wochen

2.) 3 Wochen

3.) Behinderung d. Nasenatmung

4.) Allgemeinbefinden erheblich reduziert, Schluckbeschwerden

C:

1.) Reticulosarkom des Epipharynx

2.) Rö-Strahlen re. Wangenfeld 3300 r/o u. li. Wangenfeld 3300 r/o, Submentalfeld 3100 r/o, dorsales Halsfeld 3000 r/o, gesamt ca. 5100 r/t.

3.) -

4.) Mitteilung d. Pat. v. 22.2.65 gesundheitlich recht zufrieden, nur Zunge u. Gaumen sehr trocken.

74. Fall:

A:

1.) Sch. Karl

2.) 66 Jhr.

3.) Facharzt

4.) 12.4.62

B:

1.) unbekannt

2.) 3 Monate

3.) Schwellung der re. u. li. Halsseite

4.) Schlechte Nasendurchgängigkeit, Heiserkeit, Gew.-Abnahme, chronischer Husten, Müdigkeit, beiders. Halsschwellung.

C:

1.) Infiltrierend wachsendes Plattenepithelcarcinom

2.) Rö-Strahlen, Menge unbekannt

3.) Halsdrüsenmetastasen Lungenmetastasen

4.) Im Mai 62 verstorben.

75. Fall:

A:

1.) B. Josef

2.)

3.) Facharzt HNO

4.) 9.6.62

B:

1.) mehrere Monate

2.) 4 Monate

3.) schmerzhafte Knoten an der linken Halsseite

4.) Sprachstörung, Zunge nicht mehr gerade herausstreckbar, pelziges Gefühl im Bereich der linken Gesichtshälfte, Stechen im linken Ohr, Ausfall der Hirnnerven und zwar 5. 6. u. 12.

C:

1.) Ulceriertes Plattenepithelcarcinom

2.) Operation in 2 Sitzungen, Verkochung des Tumors und Röntgen-Strahlen.
Die Bestrahlung mußte frühzeitig abgesetzt werden, da der Patient aus pflegerischen Gründen nach Haar verlegt wurde.

3.) Hirnnervenmetastasen Halsdrüsenmetastasen

4.) Am 14.8.62 verstorben.

Es sei mir an dieser Stelle gestattet, Herrn Professor Dr. K. UNGERECHT für die freundliche Überlassung des Themas und für die hilfreiche Unterstützung bei der Ausarbeitung meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

LITERATURVERZEICHNIS

ALBRECHT, R.: Die Nasenrachentumoren und ihre Behandlung. Arch. Ohr.-, Nas.- u. Kehlk.-Heilk. 175 (1959),1

v. ALBERTINI, A.: Histologische Geschwulstdiagnostik. Thieme-Verlag, Stuttgart 1955

BACLESSE, F.: Die malignen Tumoren des Epipharynx, Radiographische Studie - Spätergebnisse der Strahlenbehandlung, Zbl. Hals-, Nas.- u. Ohrenheilk. 56 (1957),204

BECK, J.: Zur Pathologie und Therapie der lymphoepithelialen Tumoren und Retothelsarkome. Zbl. Hals-, Nas.- u. Ohrenheilk., 1. Teil 28 (1937), 10

BLOOM, S.: Behandlung von bösartigen Tumoren des Nasopharynx. Ther. Mh. 42 (1963), 37

BORST, M. u. ROULET, F.: Zit. nach BECK, J.

BLUMENFELD, F. u. JAFFE: Zit. nach LEGLER Handbuch der Pathologie der oberen Luft- und Speisewege

BÜCHNER, F.: Allgemeine Pathologie Urban und Schwarzenberg, München und Berlin (1956)

CHARAVORTY and FRAZELL: Nasopharynx Cancer. A 20 Year review of results (Nasen-Rachenkrebs). (Mem center of cancer, New York) 7. International Cancer Congress London Juli 1958. Acta un. int. Cancr 16 (1960), 1333

DAUMY-AMAT, O.: Nasenrachenraumtumoren. Zbl. Hals-, Nas.- u. Ohrenheilk. 42 (1951), 66

DAVIS, E.: Zur Diagnose und Behandlung der Nasenrachentumoren, Zbl. Hals-, Nas.- u. Ohrenheilk. 38 (1948), 53

DAVIS, LOYAL u. MARTIN, J.:
Die zeitlichen Symptome und die Behandlung der nasopharyngealen Tumoren.
Zbl. Hals-, Nas.- u. Ohrenheilk. 34 (1941), 701

DENKER, A. u. KAHLER, O.:
Handbuch der HNO-Heilkunde Band 5 (1929), 306

DENKERT, A. u. ALBRECHT, W.:
Lehrbuch der Krankheiten des oberen Luftweges einschließlich der Mundkrankheiten.
Gustav Fischer-Verlag, Jena (1932)

DIGBY, K. H.: Nasopharyngeal Carcinoms,
Amer. rox. Coll. Surg Eng 4 (1951), 253

DJOJOPRANTO: Maligne Tumoren des Nasopharynx in Indonesien.
A.M.A. Ophthal. 69 (1959), 155

DWORACEK, H.: Über die vielgestaltige Symptomatik der malignen Nasenrachenraumgeschwülste.
Mschr. Ohrenheilk. 49 (1955), 52

EBERHARD, T. u. LANNING, R. H.:
Die Strahlenbehandlung des Nasenrachenraumes.
Zbl. Hals-, Nas.- u. Ohrenheilk. 42 (1951), 356

FOX, C.: Nasenrachenraum-Carcinom.
Zbl. Hals-, Nas.- u. Ohrenheilk. 40 (1950), 285

GERLINGS u. HOED: Zit. nach LEGLER

GODTFREDSEN, E.: Ophthalmologische, neurologische Symptome bei malignen Nasenrachentumoren (Stockholm).
Zbl. Hals-, Nas.- u. Ohrenheilk. 38 (1948), 52

GODTFREDSEN, E.: Acta oto-laryng. Supp 59 (1944)

GOLDSCHMIDT, F.: Zur Röntgenbestrahlung maligner Epipharynstumoren.
Arch. Ohr.-, Nas.- u. Kehlk.-Heilk. 175 (1959), 241

GOODDY, W.: Discussion early diagnostic of nasopharyngealcarcinoma. (Diskussion über die Frühdiagnose des Nasenrachencarcinoms.) Proc. Roy. Soc. Med. 46 (1953), 817

GRÄFF, S.: Über bösartige Geschwülste und geschwulstähnliche Neubildungen des Epipharynx.
Zbl. Hals-, Nas.- u. Ohrenheilk. 24 (1935), 340

GREIFENSTEIN, A.: Klinik der Retothelsarkome, dargestellt aufgrund eigener Beobachtungen.
Arch. Ohr.-, Nas.- u. Kehlk.- Heilk. 143 (1937), 198

HAGER, E.: Erfahrungen über die bösartigen Nasenrachengeschwulste.
Mschr. für Ohrenheilk. Heft 9

HAMPERL: Lehrbuch der allgemeinen Pathologie und der pathologischen Anatomie. Auf Grund des Ribbertschen Lehrbuches bearbeitet.
Springer-Verlag, Berlin (1950)

HARA, J.: Malignant tumors of the Nasopharynx transplation surgican excision (maligne Tumoren des Nasenrachens, Transplantation, chirurgische Excision)
Arch. Otolaryng. 60 (1954), 440

JATHO, K.: Zur Symptomatologie und Therapie bösartiger Geschwülste des Nasopharynx.
Arch. Ohr.-, Nas.- u. Kehlk.-Heilk. 175 (1959), 250

KLEINFELD, L.: Bösartige Geschwülste des Nasopharynx.
Zbl. Hals-, Nas.- u. Ohrenheilk. 27 (1937), 435

KRAHL, F. u. KOLLWITZ, A.:
Diagnostik und Therapie bösartiger Nasenrachenraumgeschwulste (HNO-Klinik in der freien Universität, Westendkrankenhaus).
Ärztl. Wschr. (1954), 377

KRAHL, F. u. KOLLWITZ, A.:
Diagnostik und Therapie bösartiger Nasenrachenraumgeschwulste.
HNO (Berlin) 51 (1954), 107

LAWTON, S. and WHELISS, A.J.:
Ocular manifestation of nasopharyngeal-tumor.
Ocular Manifestation bei Nasenrachentumor.
Zbl. Hals-, Nas.- u. Ohrenheilk. 66 (1962), 659

LEGLER, U.: Unsere Erfahrungen mit malignen Epipharynxtumoren.
Z. Laryng. 28 (1949), 383

LETTERER, E.: Allgemeine Pathologie, Grundlage und Probleme
Georg Thieme-Verlag Stuttgart (1959), 554

LOEBELL u. W. TONNDORF:
Hals-, Nas.- u. Ohrenheilk.
Barth-Verlag, Leipzig (1947), 632

MARTIN, H.: The Racial incidende (Chinese) of nasopharyngeal Cancer (Der Einfluß der Rasse (chinesisch) auf den Nasen-Rachenraumkrebs). (Head and Neck Serv, Mem. Hosp. New York) Ann Oto-laryng. (Paris) 60 (1951), 168

MEKIES and LAWLEY:
Nasopharyngeal carcinom. Clinical analysis of one hundred twenty cases. (Nasenrachencarcinom. Klinische Analyse von 120 Fällen.)
Arch. Surg. 69 (1954), 844

MILLER, D.: Nasopharyngealkrebs.
Zbl. Hals-, Nas.- u. Ohrenheilk. 44 (1954), 256

NEEDES, W.: Maligne Tumoren des Nasopharynx.
Zbl. Hals-, Nas.- u. Ohrenheilk. 30 (1938), 677

NOBÉ COURT u. SIEGE:
Zit. nach GREIFENSTEIN

OEKEN, F. W. u. WEDIG, T.:
Kritische Überlebenszeit und Metastisierung der malignen Geschwulst des Nasenrachens.
Arch. Ohr.-, Nas.- u. Kehlk.-Heilk. 175 (1959), 256

OESER, W.: Strahlenbehandlung der Geschwülste,
Urban und Schwarzenberg-Verlag, München-Berlin 128

ORMEROD, F. C.: Bösartige Tumoren des Nasenrachens.
Arch. Ohr.-, Nas.- u. Kehlk.-Heilk. 175 (1959), 221

PANG, L. Q.: Carcinoma of the Nasopharynx.
Amer. Laryngeal Assoc. Hot. Springs va, March, 68 (1959), 35

PEARLIMAN, S. J.: Carcinoma of Nasopharynx with Metastase to regional cervical glands in a negroboy aged ten.
Zbl. Hals-, Nas.- u. Ohrenheilk. 25 (1936), 695

PFISTERER, H.: Diagnose und Fehldeutung von malignen Epipharynxtumoren.
Arch. Ohr.-, Nas.- u. Kehlk.-Heilk. 175 (1959), 261

PINTO-VIEIRA, A.: Allgemeine Betrachtung über die Krebstherapie in der HNO-Heilk. Der gegenwärtige Stand in den USA.
Zbl. Hals-, Nas.- u. Ohrenheilk. 40 (1950), 228

PUSCHKIN, A. F.: Ein Sarkom des Nasenrachenraumes bei einem Säugling, welches einen retropharyngealen Abszeß vortäuschte.
Zbl. Hals-, Nas.- u. Ohrenheilk. 20 (1938), 553

ROSENBUSCH, H.: Handbuch der HNO-Heilk. von Denker und Kehler.
Band V (1929), 307

v. RICCABONA, A. u. WASSERBURGER, K.:
Erfahrung der Klinik und Radiumbehandlung des Epipharynx,
Arch. Ohr-, Nas.- u. Kehlk.- Heilk. 175 (1959), 244

RIECKE: Maligne Epipharynxtumoren.
Zbl. Hals-, Nas.- u. Ohrenheilk. 30 (1938), 620

QUICK u. CUTTLER:
Zitat nach BECK

SCHWAB, W.: Über das Retothelsarkom des Nasenrachenraumes bei Jugendlichen.
Zbl. Hals-, Nas.- u. Ohrenheilk. 45 (1952), 50

SCHWAB, W.: Die Behandlung bösartiger Nasenrachengeschwülste mit der kombinierten chirurgischen radiologischen Methode der Heidelberger Klinik.
Arch. Ohr.-, Nas.- u. Kehlk.-Heilk. 175 (1959), 232

SCHINZ, R. u. ZUPPINGER, A.:
Züricher Erfahrungen der Radiotherapie bei bösartigen Epipharynxtumoren.
Zbl. Hals-, Nas.- u. Ohrenheilk. 28 (1937), 65

SCEVOLA, P.: (Die Geschwülste des Nasenrachenraumes.
Pathologisches, anatomisch-klinisches, und röntgenologisches Studium.)
Leneoplasie del rinolaringe. Studio anatomo - pathologie clinico e radiologie.
Zbl. Hals-, Nas.- u. Ohrenheilk. 42 (1951), 65

SEIFFERT, A.: Zur Behandlung maligner Nasenrachenraumtumoren.
Arch. Ohr.-, Nas.- u. Kehlk. Heilk. 148 (1940), 251
Zit. nach UNGERECHT 314

SIMMONS, W. u. ARIEL, M.:
Zit. nach DWORACEK
Bericht über 35 Fälle von malignen Tumoren des Nasenrachenraumes.
Zbl. Hals-, Nas.- u. Ohrenheilk. 55 (1956), 207

SITBON, J.: Les métastases loint-tines des cancer rhinopharinges.
(Fernmetastasen des Nasenrachenkrebses)
J. frans. Oto-rhino-laryng. 5 (1956), 186

TAILLENS, J. u. P.: Lehrbuch der HNO-Heilk.
S. Karger-Verlag, Basel (1954), 192

TORI, G.: Klinische statistische Beobachtungen der Epipharynxtumoren.
Zbl. Hals-, Nas.- u. Ohrenheilk. 46 (1952), 64

UNGERECHT, K.: Der gegenwärtige Stand der operativen und radiologischen Behandlung des Epipharynxcarcinoms.
Z. Laryng. 50 (1954), 375

ZANGE, J.: Krebsgeschwülste des Nasenrachens.
München med. Wschr. 1 (1957), 1936

ZOALI, G.: Le metastasie di tumori maligne del'rinolaring.
(Die Metastasen der malignen Geschwülste des Nasenrachenraumes).
Clin. otorinolaringel Univ. Bologna
(Arch. ital. otol. 64 (1953), 394

ZUPPINGER, A.: Maligne Pharynx- und Larynxtumoren.
Züricher Erfahrungen. Leipzig, Thieme-Verlag (1931)

LEBENSLAUF

Am 26.Juli 1936 wurde ich in Teheran/Iran als Sohn des Beamten Amir Schobeyri geboren.

Ich besuchte 6 Jahre die Grundschule in Teheran, mit 18 Jahren legte ich mein Abitur ab. Anschließend besuchte ich die Universität in Teheran und studierte dort 3 Jahre in der Fakultät Geistwissenschaft.

Im Sommersemester 1955 begann ich mein Medizin-Studium an der Ludwig-Maximilians-Universität in München. Im Februar 1958 bestand ich die ärztliche Vorprüfung.

Das medizinische Staatsexamen bestand ich im Sommer 1961 an der Ludwig-Maximilians-Universität München. Meine Medizinalpraktikantenzeit leistete ich in verschiedenen Fachgebieten in Bayern ab. Bestallung als Arzt am 31.Oktober 1963.

Zur Zeit befinde ich mich an der chirurgischen Fachausbildung im Städt.Krankenhaus München-Schwabing.